T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Aylin İNER

EDİRNE 2022

TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen değerli hocalarım Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a ve Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, hem asistanlık eğitimimde hem tez sürecinde desteğiyle beni yüreklendiren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ ……**1**

GENEL BİLGİLER ……**3**

YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI……**3**

YAŞLANMA ÇEŞİTLERİ ……**.....4**

YAŞLILIK SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİKLİKLER ……**.....5**

TÜRKİYE'DE VE DÜNYA'DA YAŞLI NUFÜS……**10**

YAŞLI AYRIMCILIĞI……**...12**

YAŞLI AYRIMCILIĞININ OLUŞTURABİLECEĞİ ETKİLER……**..15**

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞLI AYRIMCILIĞI……**.....16**

AİLE HEKİMLİĞİNDE YAŞLI AYRIMCLIĞI……**18**

GEREÇ VE YÖNTEM ……**..20**

BULGULAR ……**..23**

TARTIŞMA ……**...42**

SONUÇLAR ……**.....53**

ÖZET ……**...55**

SUMMARY ……**...57**

KAYNAKLAR ……**58**

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YATÖ: Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum oranlarının azalması, beslenme koşullarındaki gelişmeler ve bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ile doğumla birlikte yaşam beklentisinin artması dünya nüfusunun yaşlanmasına neden olmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2010 yılında 524 milyon olarak dünyanın toplam nüfusunun %8'ini oluşturan yaşlı nüfusun, 2050 yılında 1,5 milyara ulaşarak toplam dünya nüfusunun %16'sını oluşturması beklenmektedir (2). Bu veriler, gelecek olan 50 yıl içinde, yaşlı nüfusun yaklaşık dört kat artacağını ve bu artışın özellikle gelişmekte olan ülkelerde olacağını göstermektedir (3). Bu sebeple yaşlılar ve yaşlılık dönemine ilişkin sorunlar dünya ülkelerinin birçoğunun gündeminde yer almaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2016 yılı istatistiklerine göre; yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında yükselmiştir ve %8,3'dür. Bu durum ışığında, yaş yapısındaki değişkenlik ile, özellikle 21. yüzyılın ikinci yarısında yaşlı nüfusun, ekonomik, sosyal ve demografik açıdan Türkiye'de de önem kazanması beklenmektedir. Yaşlı nüfus büyüklüğünün 2023 yılında 8,6 milyon kişiye, 2050 yılında da 16 milyona ulaşması beklenmektedir (4).

Nüfus yaşlanması ile birlikte yaşlılarla ilgili çeşitli sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Yaşlı nüfusun artması, ortalama yaşam beklentisinin de artmasına, insanların yaşlılık evresinde geçireceği ömrün uzamasına, dolayısıyla sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın artmasına neden olmaktadır. Bununla ilişkili olarak hekimlerin poliklinik ve servislerde yaşlı hastayla karşılaşma oranlarının da artması beklenmektedir. Böylece artan yaşlı nüfus hem birinci basamak sağlık hizmetine hem de uzun zamanlı bakıma ihtiyacı artırarak yaşlılığın ülkelerin gündeminde daha fazla yer almasına sebebiyet vermektedir (5).

Yaşlı nüfustaki kronik hastalıkların artışı, verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin ihtiyacını arttırarak sağlık alanında da bazı sorunlara yol açmaktadır. Aynı zamanda yaşam süresinin uzaması nedeniyle emeklilik yaşının ilerlemesi tüketim masrafları ve emek gelirleri arasında bir dengesizliğe sebebiyet vererek ekonomik alanda problemlere neden olmaktadır. (6). Bu problemler, yaşlı nüfus artışı ve meydana gelen diğer toplumsal, sosyal birçok sorun sonucunda yaşlı bireylere karşı yaşlı ayrımcılığı ortaya çıkmaktadır.

Yaşlanan dünyada, bireye yaşından ya da yaşının getirdiği olaylardan dolayı gösterilen yargı, tutum, farklı davranış ve eylemleri içeren durum "yaşlı ayrımcılığı" olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı ayrımcılığı sağlık çalışanlarında da görülebilen etik bir sorundur. Bu ayrımı yapan kişinin sağlık personeli olduğu durumlarda yaşlının bu tutumdan daha fazla etkilenmesi beklenmektedir. Sağlık personelinin yaşlı ayrımcılığı tutumunun (yargı, değer, inanç ve tutumlarının), verilen bakımın niteliğine de yansıdığı bilimsel çalışmalar ile kanıtlanmıştır (5).

Muayene, tanı ve tedavi süreçlerinde hasta ile iletişim içerisinde bulunan hekimler, sağlık hizmeti sunan grubun içerisinde hatta başında yer almaktadır. Bu nedenle de hasta bakımına yön veren ve bakım kalitesini etkileyen önemli bir etmeni, doktorların yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları ortaya koymaktadır. Bununla beraber yaşamını idame ettirebilmesi için yaşlı nüfusun birçok yönden yardıma gereksinimi bulunmaktadır. Bu nedenle yaşlılık kaçınılması gereken bir durum olarak görülebilmektedir. Ve bu durum ön yargıların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Yaşlı bireylere sunulan sağlık bakım hizmetini doktorların da bu ön yargılara sahip olması etkileyebilmektedir. Yaşlı hastalara karşı daha saygılı, hoşgörülü, olumlu tutum ve davranış geliştirmenin, yaşlılara olumsuz tutum sergilemesine neden olan etmenlerin önüne geçilmesinin doktorların yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesiyle sağlanacağı düşünülmektedir (3).

Bu çalışmada da hekimlerin "yaşlı ayrımcılığı" tutum düzeylerini belirlemek, yaşlı hastaya karşı tutumda doktora ait sosyodemografik ve diğer faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Ayrıca hekimlerde yaşlı ayrımcılığına karşı farkındalık oluşturmak, sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı oluşumunun önüne geçebilmek, yaşlılara verilen sağlık hizmet kalitesi arttırılması yönünde katkıda bulunmak hedeflenmiştir.

.

GENEL BİLGİLER

YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI

'Yaşlılık', 'yaşlanma' kavramları giderek yaşlanan nüfusla birlikte sık karşılaşılan, birbiri ile iç içe olan, ancak birbirinden farklı olan kavramlardır. Yaşlılık; bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik süreçlerinin ardından gelen, yaşamın devamı olan yaşam süreci, yaşamın bir evresi olarak ifade edilebilmektedir. Organizmada zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tamamına yaşlanma denir (1). Başka bir deyişle yaşlılık, yaşamın özel bir bölümünü temsil ederken; yaşlanma ise tüm yaşam boyunca görülen değişimleri temsil etmektedir (7).

Kronolojik yaş kişinin doğumdan sonra geçirdiği zaman, yani takvim yaşıdır (5). Yaşlılık sınıflandırması ülkelerin koşullarına, sağlık güvence sistemlerine, doğuşta beklenen yaşam süresine göre değişiklik göstermektedir (8). Kronolojik açıdan yaşlılık dönemini, Birleşmiş Milletler (BM) "60 yaş ve üzeri grubu" şeklinde, Dünya Sağlık Örgütü ise yaşlılık dönemini "65 yaş ve üzeri grubu" olarak ifade etmektedir (9). DSÖ tarafından kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri dönemde 3 döneme ayrılmıştır ve kendi içerisinde dağılım göstermektedir (10). Bu dönemler; 85 ve üzeri yaş grubu ise "ileri yaşlı", 75-84 yaş grubu "orta yaşlı", 65- 74 yaş grubu "genç yaşlı" olarak sınıflandırılmaktadır (5).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlılık, "çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalmasıdır" şeklinde tanımlanmaktadır (11). Yaşanılan çağa ve bölgeye göre farklılık gösteren, toplumsal gelişmişliğe, kişinin fiziksel sağlığına, sosyal ve psikolojik durumuna bağlı bir değişken olarak subjektif bir kavramdır (12). Yaşlanma, insan hayatının doğal bir süreci olmakla birlikte canlının doğumu ile başlamaktadır. Çevresel etkilerden bağımsız olarak yaşlanma ile ve yaşlanmanın kaçınılmaz sonucu olarak ortaya çıkan değişimler,

organizmada meydana gelen değişikliklerin bir kısmıdır. “İçsel yaşlanma” sadece bu değişimlerin olduğu yaşlanma türüdür. Ancak insanlar, çeşitli çevresel faktörlerden de yaşadıkları süre içerisinde etkilenmektedir. “Dışsal yaşlanma” ise çevresel faktörlerin etkisi sonucunda çeşitli sağlık sorunları ile birlikte ortaya çıkan yaşlanma türü olarak adlandırılmaktadır (13). Yetişkin ve çocukluk dönemlerindeki yaşam tarzı, çevresel koşulları ve alışkanlıkları, yaşlanma sürecini etkilemektedir (14). Yaşlanma ekonomik, sosyal, toplumsal, biyolojik ve psikolojik boyutları olan karmaşık bir süreçtir (15).

Yaşlılık, yaşlıların biyolojik geçmişini, iş ve günlük hayatında karşılaştığı problemleri ve edindiği duygusal deneyimleri kapsamaktadır. Bireysel olarak izlenen biyopsikososyal değişimlerle birlikte toplumun yaşlıya biçtiği rol ve yaşlıya verdiği değerlerde yaşlının toplumdaki yerini belirlemektedir. Bu nedenle biyolojik, toplumsal ve kültürel olarak yaşlılık ifade edilmektedir (12). Yaşlılık, tüm organizmanın fiziksel işleyişinde görülen değişimleri biyolojik yönüyle ifade ederken, bilişsel ve mental fonksiyonlarda değişiklikleri ise psikolojik yönüyle ifade etmektedir. Bireyin yaşadığı toplum içinde yaşlıya verdiği değer, inançlar, normlar ve yaşlı bireylerden beklenen davranışlar olarak yaşlılığın sosyolojik ve toplumsal yönü açıklanmaktadır (9).

YAŞLANMA ÇEŞİTLERİ

Biyolojik Yaşlanma

Biyolojik yaşlanma, zamana bağlı olarak bireydeki anatomik ve fizyolojik olarak ortaya çıkan değişimlerdir. Sistem, organ, doku ve hücre düzeyindeki işlevlerde zamanla azalmalar olur. Psikolojik ve sosyal yaşlanma belirtileri daha yavaş seyrettiğinden biyolojik belirtilere göre daha geç ortaya çıkar (15).

Psikolojik Yaşlanma

Yaşlanmayı kabullenme bireyden bireye farklılıklar gösterir. Birey, yaşlanma sürecinde oluşan değişimlere ayak uyduramama, ruhsal bunalım yaşama, mücadeleyi bırakma ya da kendini dış çevreden uzaklaştırma gibi pek çok değişim gösterebilir (16). Aynı zamanda yaşlanma sayılır olmak, yaşanmışlık, bilgi birikim sahibi olmak gibi önemli kazanımları da beraberinde getirmektedir (17). Psikolojik yaşlanma daha çok, bireyin kendini yaşlanmaya hazırlamamasından kaynaklanır. Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan negatif durumların üstesinden gelmede yaşam boyunca kazanılan bütün deneyimlerin yardımcı olacağı belirtilmektedir (16, 18).

Sosyolojik Yaşlanma

Birçok sosyal faktör yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşlı bireyin barınma şartları, fiziksel-bilişsel kısıtlılık, yetilerdeki duyusal ve fiziksel azalışa bağlı ulaşım sorunları, eşin vefatı ya da aile bireylerinin evden gitmesine bağlı yalnızlaşma, öz-bakım kuvvetinde azalma ve uzaklaşma nedeniyle sosyal çevrede daralma gibi pek çok faktörün yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (19). Bireylerin yaşlanma sürecinde sosyal ihtiyaçlarını gidermeleri ve teklik duymamaları, bir işi başarıyla yerine getirmeleri ve sorumluluk duygusunun toplumsal yönünü hissetmeleri açısından sosyal ilişkilerinin aktif olması gerekmektedir (16, 20).

Ekonomik Yaşlanma

Ekonomik şartlarda meydana gelen değişimlerle yaşlanma sürecinde, yaşamın etkilendiği dönem olarak ekonomik yaşlanma ifade edilmektedir. Ekonomik gücü azalmış ya da yitirilmiş yaşlanan bireylerin yaşamlarını uygun biçimde devam ettirebilmeleri için, maddi konularda da kendi kararlarını kendileri alması adına aile üyeleri ve toplum tarafından desteklemelidir. Bireysel gereksinimlerin karşılamasında yardıma gereksinim duyan yaşlanma sürecindeki bireye gerekli destek sağlanmalıdır (21).

Toplumsal Yaşlanma

Yaşamı boyunca içinde yer aldığı toplumla temasta olan sosyal bir varlıktır insan. Bu nedenle, toplumun yaşlılığa bakış açısından etkilenen bir süreçtir yaşlanma. Toplumsal yaşlanma toplumun yorumları ve ayrıca bireyin kendisine ilişkin düşünceleriyle ilgilidir. Yaşlanmaya yüklenilen anlamların farklı toplumlar, farklı kültürel yapılarla değiştiği belirtilmektedir (16). Yaşlı bireyleri kabul seviyesi, işe yarama kriterleri, rollerdeki farklılıklar açısından şekillenen yaşlanma tanımları her toplumun kendine özgü kültürel bünyesinde yer almaktadır. Kimi toplumlar için kazançların elde edildiği olumlu bir dönem olan yaşlanma, kimileri için ise kayıpların gözlendiği, sorunlardan oluşan bir dönemdir (22).

YAŞLILIK SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİKLİKLER

Fizyolojik Değişiklikler

Yaşın ilerlemesiyle bireyde meydana gelen değişimler yaşlının kaliteli yaşam süremesini etkileyen faktörlerden biridir (13). Yaşlılık tüm organizmanın etkilendiği bir süreçtir (23). İmmun sistemin gerilemesi, nöroendokrin süreç ve moleküler düzeyde bakıldığında ise rastgele genetik hasarlar, protein glikasyonu, genetik programlanma (apopitozis) ve serbest

radikal hasarı ile şekillenen yaşlanma süreci, insan fizyolojisi içinde kendine ayrı bir yer bulan "yaşlılık fizyolojisi"nin gelişmesini sağlamıştır (24).

Nasıl ki yaşlılık fizyolojisi kendine özgü bir isimlendirme ve değerlendirmeye tabi tutuluyorsa, aynı şekilde fizik muayene içinde "geriatrik değerlendirme" de özelliklidir (25). Geriatrik değerlendirmeyi özel yapan, yaşlıların birçok hastalığı kendine özgü, atipik şekilde göstermesi, ve birçok organ fonksiyonunun azalmasının fizyolojik sürece dahil olmasıdır (5). Geriatrik değerlendirmede atipik olarak kendini gösteren ve fizyolojik süreçte tam olarak da hastalık olarak değerlendirilemeyen semptomlar için "geriatrik sendrom" tanımlaması kullanılmaktadır. Bu tanımlamada görme ve işitme problemleri, immobilizasyon, malnutrisyon, depresyon, inkontinans, demans, osteoporoz, yürüme bozuklukları, düşme, ağrı, bası yarası, kognitif bozukluklar, hemostazda bozulma, kronik inflamasyon, komorbiditeler ve yeni bir tanım olan kırılganlık gibi birçok klinik durumdan bahsedilmektedir (26).

Bireyler yaşla birlikte azalan fiziksel kapasiteye sahiplerdir. Bu durum yaşlıların fonksiyonel özgürlüklerini kısıtlamakta ve yaşam aktivitelerini günlük olarak yerine getirmede kısıtlılık yaşamalarına ve fiziksel anlamda başka kişilere, çevredeki cisimlere ve onlar için hazırlanmış destekleyici aparatlara bağımlı hale gelmelerine sebep olmaktadır (27).

Yaşlanma süreci bedenimizdeki tüm hücreleri, dokuları ve organları etkilemekte; fizyolojik ve patolojik değişikliklerin pek çok organ düzeyinde yaşanmasına sebep olmaktadır (28). Yaşlılıkta ortaya çıkan değişimlerin fizyolojik boyutları; enzim aktivitesinin moleküler düzeyde değişimi, hücre bölünmesinde değişim, deride, diğer organ ve dokularda hasarlanma, immün sistemde çökme, vital düzeyde, akciğer kapasitesinde, kas tonusunda azalma, kardiyak kapasitede negatif değişme, hafıza ve entelektüel kuvvette azalma, işitme-görme-tat duyularındaki yitiler, osteoporoz ve buna bağlı duruş bozuklukları, boşaltım sisteminde bozulma, kolesterol tahlil seviyelerinde ve sistolik kan basıncı ölçümlerinde artma şeklinde görülmektedir (22, 29, 30).

Bu değişiklikleri sınıflandırırsak genel anlamda solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, sindirim sistemi, ürogenital sistem, kas- iskelet sistemi, immun sistem, sinir sistemi, endokrin sistemi ve diğer sistemlerdeki değişiklikler akla gelmektedir (31). Bu değişimleri kısmen inceleyecek olursak;

Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişiklikler:

Yaşla ilişkili olarak, başta aort kapağı olmak üzere mitral ve triküspit kapaklarda kalsiyum birikimine bağlı kapakların sertleşmesine ve ateroskleroza yol açmaktadır. Ayrıca damar duvarlarının elastikiyetinde azalma meydana gelir. Büyük arterlerin esnekliğinin giderek

azalması sistolik kan basıncını artışa sebep olurken diyastolik kan basıncını düşürmektedir. Böylece nabız basıncı artar. İzole sistolik hipertansiyonla birlikte ortostatik hipotansiyon hastalıklarının gelişiminde bu değişiklikler yaşlılarda görülen temel mekanizmalardır (28, 31, 32). Aynı zamanda baroreseptör refleksinin arteriyal düzeyde azalması sonucu kalbin vasküler sistem üzerindeki etkisi azalır ve kanın damar çeperine yaptığı basıncın kontrolü güçleşir (33, 34).

Solunum sisteminde meydana gelen değişiklikler:

Solunum kaslarında esneklik azalır. Diyaframın genişleme kapasitesi azalır. Bunların sonucunda solunum kapasitesinde azalma meydana gelir. Solunum sistemi yolundaki siliaların sayısı ve hareketleri bozulur; buna bağlı olarak solunum yolu enfeksiyonu riski artar (33, 35, 36). Yaaşlılarda ani ve ilerleyici solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığını ve prevalansını yaşlanmayla ortaya çıkan bu morfolojik ve fizyolojik değişiklikler arttırmaktadır (28, 31, 32). Yaş ilerledikçe sigara ve hava kirliliğinin de etkisiyle bu süreç hızlanabilir (5).

Sindirim sisteminde meydana gelen değişiklikler:

Yaşlanmayla tükürük salgısı azalır, ağız kuruluğu artar. Sindirim sistemindeki elastik dokularda azalma meydana gelir. Bu durumda besinlerin ilerlemesini sağlayan peristaltik hareketler yavaşlar ve yutma işi zorlaşır. Ayrıca, reflü oluşum mekanizmasında özefagus kaslarının gevşemesi ve midenin elastikiyetini kaybetmesiyle, besinlerin mideyi terk etmesi gecikmesi rol oynar (37, 38). Hepatositlerin sayı ve volümü azalır. İlaç-ilaç etkileşimi bazı ilaçların metabolizması azalamasıyla artabilir. Laktaz üretimi azalması ile süt intoleransı görülebilir. Sindirim sisteminde barsak hareketliliğinin yavaşlaması, bazı enzim etkinliğinin zayıflaması gibi değişiklikler de olabilir (28, 31, 32).

Ürogenital sistemde meydana gelen değişiklikler:

Böbrek boyutları küçülme, böbrek kan akımında ve tübüllerin sayında azalma izlenir. Filtrasyon hızı yavaşlar, böbreklerden ilaç atılımında azalma meydana gelir (39). Ayrıca böbrek tübül sayılarındaki azalma sıvı ve elektrolit dengesini sağlamada zorluklara yol açabilmektedir (1). Mesane hacmi giderek azalır, bu nedenle sık idrar yapma problemi yaşanır. Mesane kontraktilitesi azalacağından idrar yapımı sonrası mesane tamamıyla boşaltılamaz ve geride kalan idrar miktarında artış görülür (36, 40). Yaşlı kişilerde mesanenin dolu olma hissiyatı da azalmaktadır (1). Yaşlıların cinsel hayatındaki sorunlar kadınlarda menopoza girilmesi, erkeklerde ise impotansın gelişmesiyle daha belirgin bir hal alır. Erkekler yaşam boyu fertil

olsa da sperm sayısındaki ve semen volümündeki azalma üreme sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınlardaysa menopoz ile birlikte fertilite artık son bulur; ayrıca vajinal kuruluk oluşması ve vajina elastikiyetinin azalması koitusu zorlaştırmaktadır (41).

Kas iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler:

Yaşlılık kas, kemik, eklemlerde meydana gelen değişimler ile de yakından ilişkilidir. Kemik kitlesi ve kemik mineral yoğunluğunda meydana gelen azalma sonucu düşmeye eğilim olur (42). Kemiğin growth faktörleri ve hormonlara olan tepkisi de değişmektedir. Tüm bunlar osteopeni ve osteoporoz gelişimine sebebiyet vermektedir. Bu durum kırık riskinde artmaya ve iyileşme fonksiyonunda azalmaya neden olmaktadır (28, 31, 32). Bu süreç postmenopozal kadınlarda daha belirgindir (42). Kas kaybına bağlı olarak yaşlılıkta "el kavrama gücü" azalma eğiliminde olup, bu durum mortalite ve hastalık-bağımlılık göstergesi olarak kabul edilmektedir. Kemik kitlesinde görüldüğü üzere kas kitlesindeki kayıplar kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır (43, 44). Yine kemik ve kas dokusu kaybıyla boyun kısalması, vücudun genel postürünün bozulması, kırıklara yatkınlık morbiditeyi etkilemektedir (42).

İmmun sistemde meydana gelen değişiklikler:

Yaşla beraber kemik iliğindeki hematopoetik doku da azalmaktadır. Yaşlanma sürecinde lenfoid doku kaybı görülür buna bağlı immün sistemde çöküş meydana gelir (28, 32). Antikor üretiminde azalma olur ve immün sistem fonksiyonlarında problemler görülür. Bu değişiklikler yaşlı bireylerde, vücudun enfeksiyonlarla mücadele gücünü azaltır, bireyin daha sık ve daha uzun süreli enfeksiyon geçirmesine sebep olur (16).

Sinir sisteminde meydana gelen değişiklikler:

Sinir sisteminde yapısal, işlevsel ve biyokimyasal pek çok değişiklik yaşlanmayla meydana gelmektedir (1). Nöronların sayısı, azalan kan akımı ve oksijen basıncıyla korele olarak azalmaktadır (45). Nöron kayıpları nedeni ile gri cevherde atrofi izlenir (1). Otonom sinir sistemi cevabında azalmaya bağlı olarak reflekslerde gecikme meydana gelir (45). Ayrıca beyin metabolizması yavaşladığından nörotransmitter üretimi, seratonin, dopamin, norepinefrin hormonlarının beyindeki seviyeleri azalır. Dejeneratif değişikliklere uğrayan beyin yapısı da hafıza, dikkat, algı gibi bilişsel işlevleri ve psikomotor aktiviteyi olumsuz yönde etkiler. Bilişsel işlevlerde bozulma en çok kendini öğrenme, bellek, sorun çözme alanlarında gösterir (28, 31, 32).

Endokrin sistemde meydana gelen değişiklikler:

Yaşlanmayla birlikte hipotalamo-hipofizer aks etkilenir (1). Tiroid bezi atrofiye uğrar, hipotiroidiye yatkınlık oluşur. Aldosteron sekresyonu renin sentezindeki aksaklık nedeniyle yaşla azalmaktadır. Bu durum, idrarda sodyumun tutulmasını azaltabilmektedir; böylece yaşlı bireylerde hiponatremiye neden olabilmektedir. İlerleyen yaşla birlikte insülin mekanizması salınımı artarken, duyarlılığının azalmasıyla karşımıza çıkar. Ayrıca melatonin salınımındaki sirkadyen ritm de bozulmaktadır (28, 31, 32).

Duyu organlarında meydana gelen değişiklikler:

Yaşlanan bireyin hücre yenilenmesi azalır. Bağ dokusu azalmasına bağlı olarak derisi incelir ve kırılganlaşır, derisinde kırışıklıklar oluşur. Cilt kuru ve solgun görülür (46). Aynı zamanda soğuğa karşı toleransta azalma meydana gelir (38). Yaşla beraber cilt altı sinir ağlarının hasar görmesiyle cildin ağrı ve dokunma duyusunun iletiminde azalma meydana gelir (31). Duyu organlarında işlevsel gerileme görme ve işitme fonksiyonlarında da tüm sistemlerde olduğu gibi izlenmektedir (3). Göz kapağı kaslarının tonusunda azalma, gözyaşı üretiminde azalma, kornea hücrelerinde dejenerasyon izlenmektedir. İrisin esnekliğini kaybetmesiyle pupiller küçülür ve ışığa verilen reaksiyon süreci gecikir. Kulak zarının esnekliği giderek azalır, çekiç örs üzengi kemikçikleri kalsifiye olur ve kulağa giden damar-sinir ağlarında işlev kaybıyla birlikte işitme kaybı izlenir. Yaşlanan bireylerde duyu organlarındaki değişiklikler sağlık problemleri ve günlük yaşam sıkıntılarının yanı sıra iletişim zorluklarına, sosyal izolasyona da yol açabilir (1). Duyu nöronlarında atrofi izlenir (31). Görülen tüm tat ve koku alma yeteneğindeki azalmalar, beslenmesi bozulmuş yaşlı bireylerle karşılaşmamıza yol açar (33). Ayrıca metabolizma hızı yaşın ilerlemesi ile yavaşlar. Üstelik yaşlanan bireyler giderek immobil yaşama geçmektedir. Bu yüzden yaşlanan bireyler beslenme stilini değiştirmezse, harekette azalmanın da etkisiyle kalori fazlalığı meydana gelir ve yağ olarak depolanma görülür. Yağ dokusunun artışı sonucunda insülin direncinde de bir artış izlenmektedir. Bu durum diğer metabolik sorunlara da yol açabilir (46, 47).

Psiko-Sosyal Değişiklikler:

Yaşlılık sürecinde fizyopatolojik değişikliklerin yanı sıra birçok psiko-sosyal değişiklikler de meydana gelmektedir. Yaşlılık süreci bireyin toplumdaki rolü ve ilişkilerinde dengelerin değiştiği bir dönemdir (3). Yaşlılıkta bilişle ilgili varyasyonlar (beceriler, dikkat, öğrenme, bellek, akıl yürütme fonsiyonlarında azalma), bazı psikolojik durumlar (içe dönme, geçmişe hasret, bir takım değerlerin yitirildiğine dair görüşler, duygusal tatminde azalma,

anhedoni), üretkenlikte azalma, gelirde azalma, bağımsızlığın ve sağlığın kaybı gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (48, 49). Bu tarz fiziksel ve zihinsel yeteneklerdeki yitimler yaşlı bireyin kendini onaylamasını zorlaştırmakta, bireysel değerinin düşmesine, bağımlılık ve yetersizlik duygularının oluşmasına sebebiyet vermektedir (22, 50).

Bireylerin yaşlanma sürecindeki geri dönüşü olmayan kayıpları, onların zaman zaman öfke yaşamalarına da neden olabilmektedir. Bu duygudurum değişimleri depresyon, anksiyete bozuklukları ya da kişiler arası ilişkilerde bozulmaya yol açabilir (51).

Giderek artan aile yapısındaki değişimler de, yaşlı bireylerde barınma, kent yaşamına ayak uydurma, kuşaklar arası çatışmalar gibi sosyo-kültürel problemlerin oluşmasına neden olmaktadır (16). Sağlık sorunlarının, yaşlanma sürecinde gözlenen sosyal değişikliklerin bir bölümünde payı bulunmaktadır. Gündemimizde izlenen bir diğer sosyal sorun da yatağa bağımlı hale gelen, bir çok kronik hastalığa sahip olan yaşlı bireyin sağlık sorunlarının yanında bakım ve destek için bir başkasına gereksinim duymasıdır (52). Ayrıca yaşlı bireylerin televizyon izleme, kitap ve gazete okuma, alışveriş gibi aktiviteleri yapmasını görme ve işitmede meydana gelen kayıplar zorlaştırmakta ve ev kazalarıyla karşı karşıya kalma risklerini arttırmaktadır (53). Yaşlılık döneminde eş, arkadaş ya da akrabaların vefatı yaşlı bireyin, kendisini hayatta tek kalmış ve hayatın sonu gelmiş gibi hissetmesine sebebiyet verebilir (16).

Tüm bunların ışığında görüldüğü üzere bireyde meydana gelen biyolojik-psikolojik değişimler ve sosyal yaşamındaki olaylar yaşama uyum sağlamada zorlanmalara neden olmaktadır. Toplumun giderek yaşlanması ile yaşlı nüfus artmakta; bu durum sağlık bakımı ve sosyal hizmetlere olan gereksinimleri arttırmaktadır (54). Yaşlılar daha çok rahatsızlanmakta, daha çok kronik hastalık veya sıkıntı ile karşılaşmaktadır, bunların sonucunda da yaşlı bireylerin sağlık merkezlerine başvuru sıklığının daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin hastanede kalım süreleri de daha uzun olmaktadır (3). Aynı zamanda kronik hastalıklar yaşlı bireyin yaşam kalitesini güçleştirdiği için tedavi ve bakım maliyetleri de artmaktadır. Bu durum ülke ekonomisini de etkilemektedir (55).

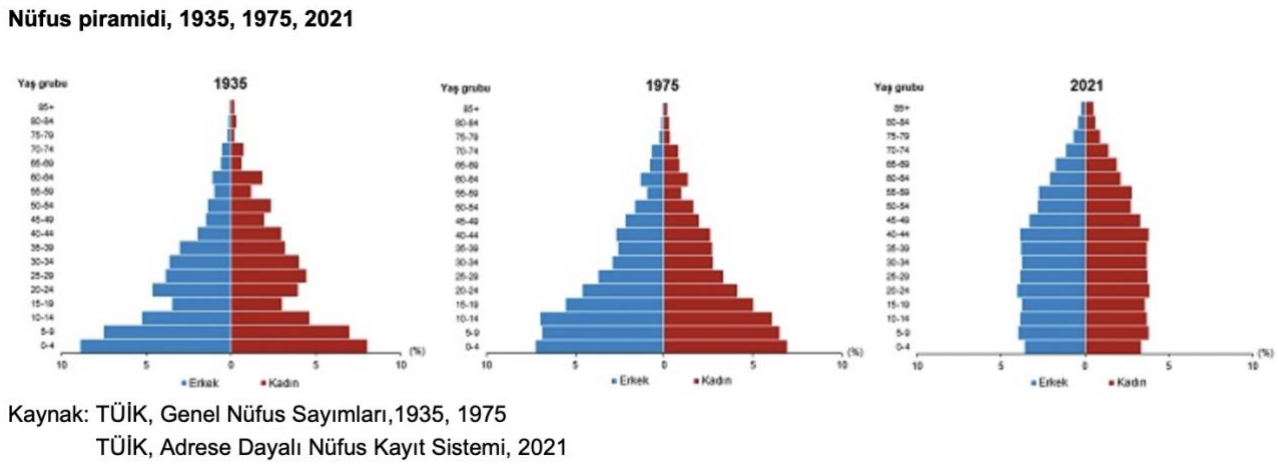
TÜRKİYE'DE VE DÜNYA'DA YAŞLI NÜFUS

Dünyada ve ülkemizde nüfusun yaşlanması gittikçe önem kazanan bir süreçtir. Artmış doğuşta beklenen yaşam süreleri ve azalmış doğum oranları yaşlılık sürecini daha da önemli bir hale getirmektedir. 20. yüzyılın başlarında en büyük sağlık tehditleri enfeksiyon hastalıkları olarak izlenmekte, yenidoğan ve çocuk ölümlerinin temel sebepleri olarak görülmekte iken; günümüzde esas olarak bulaşıcı olmayan hastalıkların global sağlığı tehdit ettikleri göze çarpmaktadır. Miyokart infarktüsü, diabetes mellitus, hipertansiyon, maligniteler gibi bulaşıcı

olmayan hastalıklar yaşla birlikte artmakta ve bu hastalıkların götürüleri sonucunda ekonomik ve sosyal yük artmaktadır (56).

Küresel yaşlanma süreci olarak ifade edilen "demografik dönüşüm" sürecinde olan Türkiye'de, azalan doğurganlık ve ölüm hızları ile birlikte gelişen sağlık alanı, yaşam kalitesinin, refah seviyesinin ve doğuşta beklenen yaşam süresinin artması ile farklılaşan nüfus yaş yapısı oluşmuştur. Toplam nüfus içindeki azalan çocuk ve genç oranıyla, toplam nüfus içindeki yaşlı birey oranı artış göstermektedir. Yüzdesel olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre Türkiye nüfusta hala genç bir yapıda olsa da, nüfusta yaşlılar nicel olarak oldukça fazladır (57).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki yüzdesinin %10,0'u geçmesi nüfusun yaşlanmasına işaret etmektedir. Diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre Türkiye nüfusundaki yaşılar daha yüksek bir hızla artış göstermektedir (57) (Şekil 1).



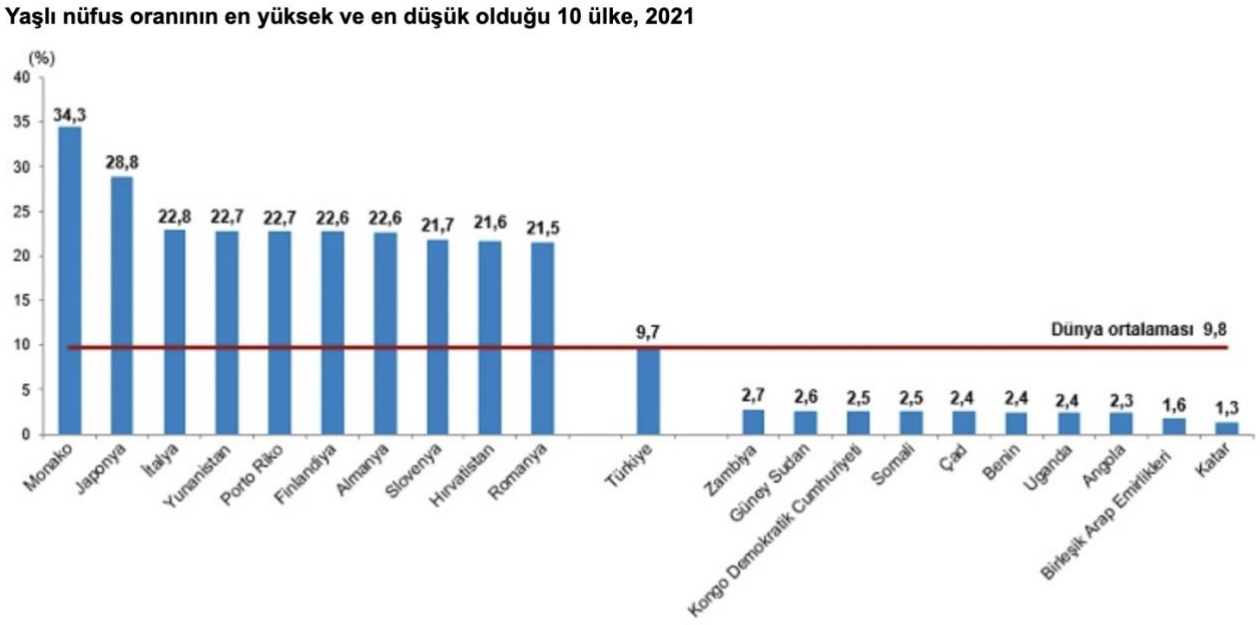
Şekil 1. Genel nüfus sayımları (57)

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen altmış beş ve daha yukarı yaştaki nüfus, istatistiklere göre 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi iken son beş yılda %24,0 artarak 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişiye ulaşmıştır. TÜİK verilere göre yaşlıların toplam nüfus içerisindeki yüzdeleri ise 2016 yılında %8,3 iken, 2021 yılında yükselerek %9,7 olmuştur. Nüfus projeksiyonlarına göre nüfustaki yaşlı yüzdelerinin 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 seviyelerinde olacağı öngörülmüştür (57).

Ayrıca çalışan yüz kişiden bir kişiye düşen yaşlı birey sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2016 yılında %12,3 iken bu oran artarak 2021 yılında %14,3 olmuştur (57). Nüfus verilerine göre, yaşlı bağımlılık oranının 2025 yılında %16,4, 2030 yılında %19,6, 2040

yılında %25,3, 2060 yılında %37,5 ve 2080 yılında %43,6 şeklinde artacağı öngörülmektedir (57).

Nüfus istatistik verilerine göre 2021 yılı için dünya nüfusunu oluşturan 7 milyar 831 milyon 718 bin 605 kişiden 764 milyon 321 bin 142 kişinin yaşlı bireylerden oluştuğu tahmin edilmektedir. Bu verilere göre dünya nüfusunun %9,8'ini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus yüzdesine sahip ülkeler arasında 1. sırada %34,3 ile Monako, 2. sırada %28,8 ile Japonya ve 3. sırada %22,8 ile İtalya izlenmektedir. Verilere göre Türkiye, 167 ülke arasında 68. sıradadır (57) (Şekil 2).



Kaynak: Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Bürosu, Uluslararası Veri Tabanı
Türkiye rakamının kaynağı TÜİK'tir.

Şekil 2. Ülkelerdeki yaşlı nüfus oranları (57)

YAŞLI AYRIMCILIĞI

“Ageism” kavramı “yaşçılık”, “age discrimination” ise “yaş-yaşlı ayrımcılığı” olarak çevrilse de Türkçe’de terim olarak çoğunlukla “yaşlı ayrımcılığı” “ageism” in karşılığı olarak kullanılmaktadır. Yaş ayrımcılığı ile hayatın her anında karşılaşırken, yaşlı ayrımcılığıyla ise toplum tarafından bireye verilen yaşlı statüsüne varıldığı andan itibaren karşılaşılmaktadır (58). Aslında yaşlı ayrımcılığı, yaşlı bireyin ne hissettiği ile ilgili değildir. Karşısındaki insanın yaşlı bireye ne hissettirdiği ile ilişkili bir kavramdır (5).

Yaşlı ayrımcılığı teriminin literatürde birçok tanımı mevcuttur. “Yaşlı ayrımcılığı” ilk olarak 1969 yılında Robert Butler tarafından kullanılmıştır. Robert Butler, Amerika Ulusal

Yaşlılık Enstitüsü başkanı olan bir gerontologdur. Butler'e göre yaşlı ayrımcılığı bir kişiye sadece yaşına bağlı olarak gösterilen farklı tavır, davranış ve eylemleri kapsayan geniş bir kavramdır (59).

Palmore yaşlı ayrımcılığını "ileri yaştaki bireylere yönelik önyargının, tutum ve davranışlar aracılığı ile ifade edilmesi" şeklinde tanımlamıştır. Palmore, ayrımcılıkta 1. sırada ırk, 2. sırada cinsiyet, 3. sırada ise en büyük ayrımcalıklardan birisi olan yaşlı ayrımcılığının yer aldığını belirtmektedir. Günümüzde yaşlı ayrımcılığı olarak Palmore'nin tanımı daha sık kullanılmaktadır (60).

Becca R. Levy 2001 yılında yaşlı ayrımcılığının sadece bir grubun diğer bir gruba ayrımcılık uygulamasından ibaret olmayabileceğine değinmiştir. Levy'e göre bu durum, yaşlı bireylerin kendi aralarındaki ilişkilere göre şekillenebilmektedir. Yaşlı bireyler, yaşlılık sürecine ilişkin negatif düşünceler geliştirebilmektedir. Bu düşünceler yaşlı kişilerin çevresindekilerin de düşünceleri haline gelebilmekte ve negatif düşünceler sonucu yaşlı ayrımcılığı oluşabilmektedir (61).

Bir başka tanımda Iversen, yaşlı ayrımcılığını yaşlarından ötürü ya da yaşlı bireylerin kendilerini yaşlı algılamalarından ötürü yaşlanmış bireylere karşı geliştirilen ayrımcılık, önyargı ve olumlu ya da olumsuz tutumlar olarak belirtmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlı ayrımcılığını birçok tanımla benzer olarak "bireysel ya da grupsal olarak yaş nedeniyle sistematik etiketleme ve ayırma" şeklinde ifade etmektedir. DSÖ yaşlı ayrımcılığının çok sık karşılaşılır olduğunu bildirmekte ve yaşlı ayrımcılığının yalnız yaşlının fiziki görünüşü ile alakalı olmadığını, bireylerin yaşlılık kavramına yükledikleri anlamlarla ilişkili olduğu vurgulamaktadır (62).

Yaşlı ayrımcılığı etiyolojisi ile ilgili de çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Yaşlı ayrımcılığı, bilinçli ya da bilinçsiz olarak yapılmaktadır. Yaşlı ayrımcılığının yapılma sebepleri mikro, mezo ve makro düzeylerle ifade edilebilir (63). Yaşlı ayrımcılığı gelişiminin mikro düzeyini bireyin düşünceleri, duyguları, davranışları oluşturmaktadır. Farklılaşan sosyal gruplar da yaşlı ayrımcılığının tetikleyicisi olabilirler. Emeklilik yaşı gelen bireylere iş yerinden ayrılmak zorunda kalması gerektiği tutumu ve emekli olan yaşlı bireyde oluşabilecek boşluk hissi mezo düzeylere örnek olarak verilebilir. Makro teoriye göre de tıp, teknoloji gibi bir çok alanda meydana gelen gelişmeler yaşlı bireylerin sosyal statüsünü giderek yitirmesine, genç ve yaşlı grupların arasındaki farkın iyice açılmasına neden olmuştur (1).

Yaşlılık toplumlarda genel olarak elden geldiği kadar yavaşlatılması gereken, kötü, olumsuz, hastalıklı olmakla eşdeğer tutulan, fiziksel-psikososyal patolojik bir süreç olarak düşünülmektedir (60). Yaşlılık ve yaşlanmaya yönelik algının şekillenmesinde kültürel

faktörlerin etkisinin yeri yadsınamayacak düzeydedir. Dağlı ve ark. (64) tarafından yönetilen nitel bir çalışmada katılımcılara yaşlılık denince akla gelen kelimeler sorularak yaşlılık algısı sorgulanmış ve yaşlılık denilince akıllarına ilk olarak yaşlılığın olumsuzluk yanlarının geldiği saptanmıştır. Yapılan analizlerde olumsuz algıların oluşmasında eğitim ve sosyokültürel düzeyin etkisi bulunmuştur.

Kişilerin yaşlı bireylere karşı olumlu tutumlarını mutluluk, özgürlük, bilgelik, güvenilirlik ve sevecenlik gibi kelimeler ifade ederken; rahatsızlık, iktidarsızlık, çirkinlik, zihinsel işlevlerde gerileme, işe yaramazlık, uzaklaşma, fakirleşme ve çökkünlük gibi kelimeler de olumsuz tutumları oluşturmaktadır (60). Genç kişilerin yaşlı ayrımcılığı tutumlarının altında kuvvetsizlik, iş yapamamazlık, rahatsızlık ve ölümle ilgili korkularının olabileceği belirtilmektedir (10, 65, 66). Yani yaşlı ayrımcılığı söz konusu olduğunda olumlu ve olumsuz yönler birlikte değerlendirilmelidir (59).

Çeşitli yaş gruplarından meydana gelen toplumların yaşlılığa karşı olumsuz tutumlar geliştirmesinde medyanın payının büyük olduğu belirtilmektedir (67). Şöyle ki Amerika'da yürütülen televizyon izlenme süreleriyle, yaşlılara olan tutum ve bakış açısının karşılaştırıldığı 4460 katılımcıdan oluşan bir çalışmada; uzun süre TV seyredenlerin yaşlı bireylere karşı daha önyargılı bir tavır sergiledikleri, ayrıca yaşlı bireyleri katı ve dar bakışlı buldukları belirlenmiştir (68).

Gelişmekte olan toplumların birçoğunda çocuklar geleceğe yönelik bir yatırım olarak düşünülmektedir. Ancak yaşlı bireyler verimliliklerindeki düşüşten dolayı ekonomik yük olarak görülmektedirler (10, 65, 66).

Gençliğe, güzelliğe ve dış görüntüye değer veren toplumlarda pek çok kişi özellikle kadınların yaşlanma sürecinde çirkinleşmesinden korktuklarını belirtmektedir (9). Bazı kültürel yapılarda ise yaşlılığın meydana getirdiği fiziksel belirtilerin hayranlık uyandırdığı düşünülmektedir. Örneğin bazı Asya toplumlarında gümüş renkli saçlar ve yüzde, ellerde meydana gelen kırışıklıklar üstadlık, olgunluk ve ülkeye verilen emek göstergesi olarak kabul edilmektedir (10).

Ayrıca yaşlı bireylerin seksüel aktiviteden kaçınmalarına yol açan sebepler arasında toplumda cinsel yaşamın gençlikte yaşanması gereken bir durum olarak değerlendirilmesi, yaşlı bireylerde cinselliğin olmayacağının sanılması yer almaktadır. Bununla birlikte yaşlı bir bireyin yeniden evlenmesi genç bir bireyin yeniden evlenmesine nazaran hiç de hoş karşılanmamaktadır (66).

Tarihsel sürece baktığımızda giderek artan nüfusla, ve tüketiciliğin günden güne artmasına bağlı olarak üretimin ve gücün daha da önem kazanmasıyla yaşlı ayrımcılığı giderek

artmış ve önem kazanmıştır (69). Nadir de olsa bazı toplumlarda yaşlı ayrımcılığı kendini uç bir örnek olan yaşlı bireylerin ölüme terk edilmesi olarak göstermiştir (70).

Yaşlı ayrımcılığının nitel-nicel olarak saptanması için birçok ölçek geliştirilip çeşitli çalışmalar yapılmış, geçerlilik güvenirliliği yapılmıştır (5). 1961 yılında Kogan, 2001 yılında Palmore, 1990 yılında Fraboni ve ark, 2008 yılında Vefikuluçay Yılmaz ve Terzioğlu tarafından yapılan çalışmalar yaşlı ayrımcılığını ölçmeye yönelik geliştirilmiş birkaç çalışma örneğidir. Yaşlılığa yönelik algının kültürel bakıştan birebir etkilendiği gerçeğini de hesaba katacak olursak, Türkiye'de yaşlı ayrımcılığı ile ilişkili yapılacak olan çalışmalarda "Türkçe" ile geliştirilip, geçerlilik güvenilirliliği alınan ölçeklerin kullanılması daha uygun görülmektedir (71).

YAŞLI AYRIMCILIĞININ OLUŞTURABİLECEĞİ ETKİLER

Yaşlı ayrımcılığının, yaşlanan bireylerin yaşam kalitesine, kendisinin ve çevresinin sağlığına birçok etkisi bulunmaktadır (72). Yaşlı ayrımcılığı sadece maruz kalanın değil maruz bırakanın da etkilendiği bir ayrımcılık türüdür. Maruz bırakan kişinin yaşlılığa karşı derinlere işlemiş tedirginlik, yaşlılık, hastalık, engellik ve güçsüzlük korkusunun olabileceği belirtilmiştir (73). Levy ve ark. (72) yaptığı bir çalışmanın verilerine göre yaşlı ayrımcılığına maruz kalan yaşlıların maruz kalmayanlara göre 7,5 yıl daha az yaşadığını gösterilmiştir.

Çalışma hayatında işe alınmama, yaşından dolayı işten kovulma, ücret hesabında, kademe artışında ve yaşı temel alan diğer durumlarda genç bireylerin tercih edilmesi olarak kendini gösteren olumsuz tutumlu yaşlı ayrımcılığı, yaşlanan bireyi yaşamının ilerleyen dönemlerinde daha az maddi imkanlara sahip olarak yaşamaya itmektedir (65, 74, 75). Maddi olarak gerileyen yaşlı bireylerin parası olsa dahi harcayamayan ailesine giderek daha da bağımlı hale gelen, özgürleşemeyen kişiler olmaları da muhtemeldir (76). Bunun yanı sıra bazı iş verenlerin yaşlı bireyleri gençlerden daha güvenilir, işine daha bağlı ve daha çok sorumluluk bilincine sahip olarak görmesi ve iş yaşamında yaşlı bireyleri genç bireylere göre daha sık tercih ettikleri de saptanmıştır (66).

Bazı literatür çalışmalarında ise, yaşlı bireylerin yaşlanma sürecinde her zaman negatif özellikler yaşamadıklarını, hatta yaşlılık sürecini "yaşamlarının en iyi dönemi" olarak gördükleri de belirtilmektedir (77). Çalışma yaşamları kısıtlanan yaşlı bireyler göreceli olarak diğer dönemlere göre boş vakitlerinin daha fazla olması nedeniyle yapmak istedikleri ancak yapamadıkları aktiviteleri yaşlılık döneminde icraata geçirdiklerini belirtmektedirler (18, 59, 60).

Yaşlanma sürecinin kaçınılmaz bir parçası olarak görülen bilişsel bozukluklar yaşlı bireylerin toplumda "bunak" kişiler olarak adlandırılmalarına sebebiyet vermektedir (77). Yaşlı ayrımcılığının olumsuz tutumları genellikle yaşlı bireylere atfedilen kocakarı, fosil, keçi, ihtiyar, moruk, gibi sıfat tanımlamalarının toplumda kullanımını pekiştirmektedir (60, 77, 78). Yaşlı bireyin hem sağlığına hem sosyal yaşamına etki eden bu ayrımcılığın ileri boyutunda kişi, yetersizlikleri ve kayıpları konusunda kendini teşvik edip haklı görebilir (5). Literatürde yaşlı ayrımcılığının olumsuz tutumlarının yaşlı bireylerde kardiyovasküler riski arttırdığı, öz-yeterliliği düşürerek verimliliği de azalttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (72).

Bu ayrımı yapan kişinin sağlık personeli olması, yaşlının bu tutumdan daha fazla etkilenmesine sebep olmaktadır. Sağlık personelinin yaşlı bireylere karşı tutumunun, verilen tıbbi bakımın niteliğine de yansıdığı çalışmalarla saptanmıştır (76, 79, 80).

Yapılan bazı araştırmalar incelendiğinde, yaşlı anne ve/veya babalarının maddi-manevi bakım getirileri nedeniyle aile içerisinde ebeveyn konumuna geçen yetişkin çocukların, yaşlı bireylere karşı olumsuz tutum sahibi olabildikleri ve yaşlı bireylerin fikirlerine danışmadan onların yerine karar verebildikleri görülmektedir (65, 81). Aynı zamanda aile üyelerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum geliştirmelerinde yaşlı bireylerin bilgi, deneyim ve tecrübelerinden yararlanmalarının payı büyüktür. Bu durumda aile bireyleri ve toplum tarafından sevilip saygı duyulan yaşlı bireylerin yaşam doyumlarında ve itibarlarında artış hissedilmesi olası görülmektedir (82).

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞLI AYRIMCILIĞI

Yaşlı bireylere verilen sağlık hizmetlerine toplumun yaşlı bireylere ve yaşlanmaya karşı sergilediği tutumlar da yansımaktadır. Sağlık personelleri yaşlı bireylere verilen sağlık hizmetinin ilerleyiş ve yöntemlerini belirleyen en önemli etmenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (66). Yaşlılara yönelik kendi değerleri, algılamaları, inançlarıyla beraber sağlık personelleri sağlık hizmetlerindeki yaşlı ayrımcılığının temel sebeplerini oluşturmaktadır (18). Tüm bu nedenler yaşlı bireylere karşı verilen sağlık hizmetinin adil olmamasına neden olmakta ve yaşlı bireylere verilen hizmet kalitesinin de düşmesine yol açabilmektedir (83).

Sağlık hizmeti verilen tüm alanlarda yaşlı bireylere yönelik ayrımcılık yapıldığı görüşü son yıllarda yaygın olarak gündeme gelmektedir. Bu durum yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesinde yaşlı bireylerle çalışmakta olan sağlık personelinin bilgi, tutum ve davranışlarının önemli olduğunu bizlere göstermektedir (18).

Yapılan çalışmalarda olumsuz yaşlı tutumunun sağlık hizmetine etkileri şu şekilde

gözlenmektedir (18, 55, 59, 60, 77, 78, 84-86):

- Yaşlı hastalarla olan iletişimde daha az ilgi ve saygı göstermek,
- Yaşlı bireylerin anlama ve öğrenme kapasitelerinin azaldığını düşünerek yaşlı hastaları bilgilendirirken daha az ayrıntılı bilgi vererek, bilgileri basitleştirmek, ya da hasta bilgilerini hasta yerine aileye vermek,
- Genç bireylere, yaşlı bireylerden daha fazla koruyucu bakım hizmeti vermek,
- Yaşam şekillerini değiştirmeye yönelik beslenme değişikliği, sigara bırakma gibi konularda yaşlıları gençlere göre daha az bilgilendirmek,
- Yaşlı bireylerin muayene sırasında öyküleri yakınlarından almak,
- Yaşlı bireylerin tedavi girişimlerini ötelemek,
- Yaşlı bireylerin sağlık taramalarını genç bireylere göre daha az yapmak,
- Sağlık personellerinin, yaşlı bakımı ile ilgili yeterli eğitim almadığını belirtmeleri,
- Yaşlı bakım alanının sağlık personelinin çalışma yeri tercihinde popüler olmaması,
- Sağlık çalışanlarının yaşlı hastaların kronik sağlık problemleri ile uğraşmak yerine, genç hastaların akut sağlık problemleri ile ilgilenmeyi tercih ettiklerini ifade etmeleri.

Sağlık çalışanları yaşlı bireylere hizmet sunarken "sağlıklı yaşlanma" yerine "patolojik yaşlanma" şeklinde yaklaşmaktadırlar. Böylece "hastalık merkezli" çalışma yöntemi tercih edilmiş olmaktadır. Ayrıca sağlık bakım sisteminde yaşlı bireylerle çalışmasının zevkli olmadığı düşüncesi yer almaktadır. Yaşlı bireylerin aldıkları tedavi sonucunda yeterli iyileşme gösterememesi de yaşlı ayrımcılığına sebep olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle birçok sağlık çalışanı yaşlı bireylerle çalışmanın zor olduğunu düşünmektedir (87).

Toplumda yaşlı bireylerde meydana gelen birçok sağlık sorununun yaşlılık sürecinde "normal" olduğunun düşünülmesiyle, yaşlı bireylere etkili tedavinin yapılmamasına neden olabileceği görüşü de mevcuttur (59, 60, 77, 78).

Sağlık politikalarının da sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığına neden olduğu düşünülmektedir (1). Sağlık bakım çalışanlarına, yaşlı bireylerin bakımı ile ilgili yeterli eğitim desteğinin verilmemesi, sağlık taramalarının belirli yaş üzerindeki bireylere uygulanmaması, ilaç çalışmalarının belli yaş üzerindeki bireylerde yapılmaması ve tedavilerin belli yaş üzerindeki bireylere verilmemesi, yaşlı ayrımcılığının oluşmasına zemin hazırlamaktadır (18, 66, 88).

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin yönetimi multidisipliner olmalıdır. Biyopsikososyal modelde yaşlı birey ve ailesinin hastalık-tedavi sürecine uyumunu sağlayan

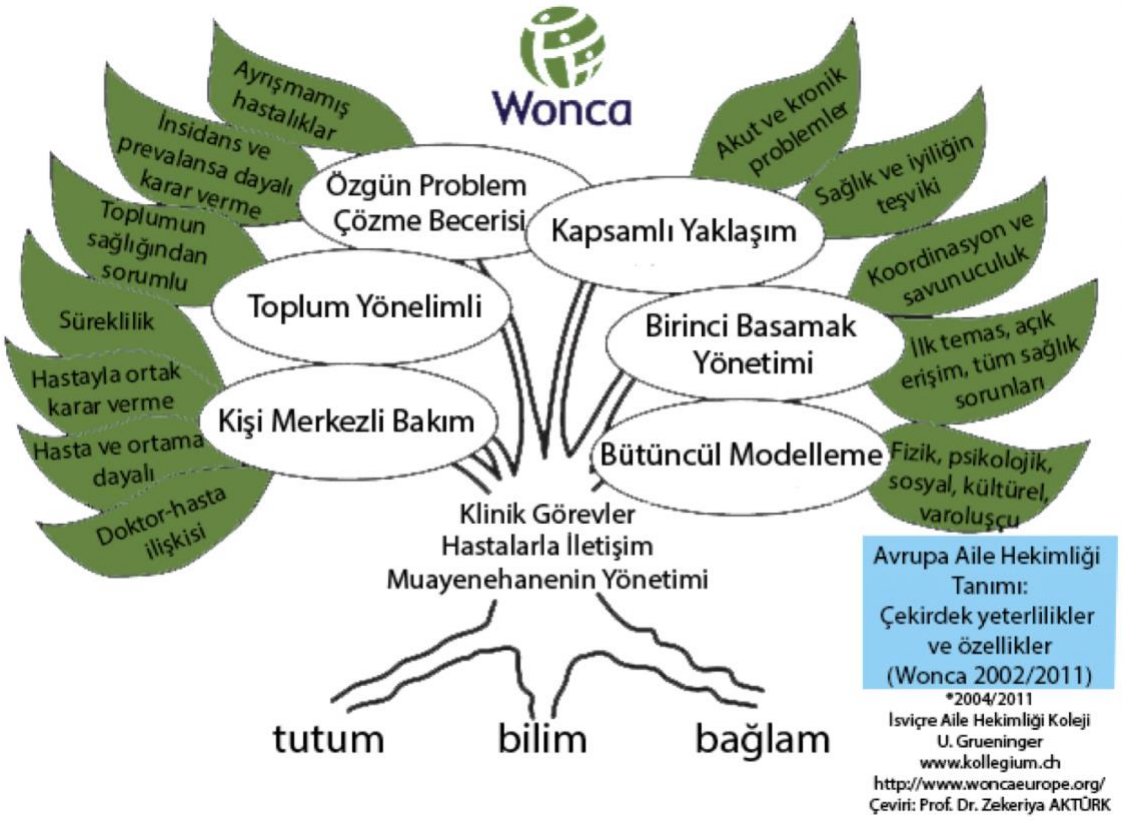
disipliner bir çalışma biçimine gereksinim duyulmaktadır. Yaşlı bireyler için koruyucu sağlık hizmetinin ve rehabilitasyon hizmetinin geliştirilebilmesi için yaşlı bireylere bakım veren sağlık çalışanlarının olumlu tutum geliştirmesi önem arz etmektedir. Bundan dolayı ulusal sağlık politikamızda da belirtildiği gibi yaşlı sağlığı hedeflerine ulaşmak için yaşlı bakımı ile uğraşan tüm bireylerin nitel ve nicel yönden geliştirilmesi gerekmektedir (1, 18, 89). Neonatal dönemden ölüme kadar kişilere sağlık hizmeti sunan aile hekimlikleri benimsediği biyopsikososyal yaklaşım temeli ile bu sağlık hizmetini en verimli şekilde yerine getirebilecek sağlık kuruluşlarıdır.

AİLE HEKİMLİĞİNDE YAŞLI AYRIMCILIĞI

Aile sağlığı merkezleri hastalarla ilk tıbbi temas noktasını oluştururlar bu sebeple sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığının oluşumunda önemli bir yere sahiptirler (1).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, WONCA' nın yayınlamış olduğu Aile Hekimliği Ağacı temel alınarak '6 çekirdek yeterlilik' ve '12 temel özellik' ile yaşlı sağlığının kapsamlı bir şekilde ele alınabileceği yerdir.

Her uzman aile hekiminin benimsemesi gereken bu maddeler şekil 3'de gösterilmiştir (90).



Şekil 3. WONCA ağacı (90)

Tüm bu yaklaşımların pratik hayatta daha rahat uygulanabilmesi için sağlık politikalarında gelişmeler gerekmektedir. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden olumlu yönde daha fazla fayda sağlayabileceği düzenlemeler yapılmalıdır. Örneğin kronik hastalıkları nedeni ile gelişebilecek iletişim kopukluğunu engellemek için yaşlı bireylere sağlık hizmeti verilirken daha fazla vakit ayrılmasına olanak sağlanması, sağlık hizmet merkezinin koşullarının iyileştirilmesi gibi yapılması gerekenler mevcuttur (1).

Ayrıca sağlık hizmet sağlayıcılarına verilen eğitiminin yaşlı bireylere yönelik olumlu tutum geliştirilmesine yönelik olması ,yaşlı bireylere verilen sağlık hizmet kalitesinin artmasını sağlayacaktır (1, 91). Bizim çalışmamızda da yaşlılara verilen sağlık hizmet kalitesi arttırılması yönünde katkıda bulunmak adına hekimlerde yaşlı ayrımcılığına karşı farkındalık oluşturmak, sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı oluşumunun önüne geçebilmek hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin yaşlı ayrımcılığı tutumlarını belirlemek ve etkileyebilecek faktörleri araştırmak amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende tasarlanmıştır.

Çalışmanın evrenini hastanemiz başhekimliğinden ve fakülte dekanlığından Ekim 2021'de alınan, hastanemiz bünyesinde araştırma görevlisi olarak çalışan 519 hekim oluşturmaktadır. Yaşlı hasta/hastalar ile iletişim halinde olmayan hekimler dahil edilmeyerek katılımcı sayısı 405 kişi olarak belirlenmiştir. %5 hata payı, %95 güven aralığı alınarak ulaşılması gereken minimum katılımcı sayısı en az 198 olarak belirlenmiş olup, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Etik kurul onayı (Ek 1) alındıktan sonra 23.12.2021 ile 11.04.2022 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan 405 araştırma görevlisi ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılmayı kabul eden araştırma görevlilerinin onamları alınmıştır. Katılımcıların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması çalışmanın anket formunun giriş bölümünde bulunan, araştırmanın amacını açıklayan ve araştırmaya gönüllülük esasına göre alınacağını bildiren bir metin yardımıyla sağlanmıştır. Çalışmanın anket formu katılımcılara tercihlerine göre online veya yüz yüze olarak uygulanmıştır. Katılımcılar ile görüşme sırasında en az 2 metre sosyal mesafe korunmuş ve hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından maske kullanmıştır. Kullanılan kalemler bireye özgü olup her katılımcıya yeni bir kalem ile anket yapılmıştır. Araştırmamızda katılımcılardan kimlik bilgileri istenmemiştir.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık öğrencisi olmak, yaşlı hastalara hizmet vermek ve çalışmaya katılmak için gönüllü olmak dahil edilme kriterleri olarak kabul edilmiştir. 155 araştırma görevlisi çalışmaya katılmak istemediğini belirtmiştir. Toplamda 250 araştırma

görevlisi çalışmaya dahil edilmiştir.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket (Ek 2) aracılığı ile toplanmıştır. Anket formu sosyodemografik özellikler ve literatürdeki yaşlı ayrımcılığı ile ilgili yapılmış olan çalışmalardan yola çıkarak hazırlanan 36 soru, ek olarak 23 soruluk Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği'nden oluşmaktadır.

YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUM ÖLÇEĞİ (YATÖ)

Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) 23 sorudan ve 3 alt-gruptan oluşan beşli likert tipi ölçektir. 2008 yılında Vefikuluçay ve Terzioğlu (66) tarafından üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının psikometrik açıdan incelenmesi amaçlı geliştirilmiştir. 2011 yılında Vefikuluçay ve Terzioğlu tarafından 500 öğrenciye yapılan çalışmada ölçeğin tüm maddeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiş, geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısının (Cronbach's alpha katsayısı) 0,80 olduğu bulunmuştur. Ayrıca ölçek maddeleri ve üç alt boyutunun güvenilir olduğu da belirtilmektedir.

Ölçekte yer alan maddeler "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum" ve "Tamamen Katılıyorum" seçenekleri olan 5'li seçenekler ile değerlendirilmiştir. Öğrenciler yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum cümlelerine katılımları; tamamen katılıyorsa "5" puan, katılıyorsa "4" puan, kararsızsa "3" puan, katılmıyorsa "2" puan, kesinlikle katılmıyorsa "1" puan alacak şekilde puanlandırılmıştır. Yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutum cümleleri ise yukarıda belirtilen puanlamanın tam tersi olarak, öğrenciler tamamen katılıyorsa "1" puan, katılıyorsa "2" puan, kararsızsa "3" puan, katılmıyorsa "4" puan, kesinlikle katılmıyorsa "5" puan alacak şekilde puanlandırılmıştır.

Olumlu tutum maddeleri; 2, 4, 6, 7, 8, 9, 13, 20, 23

Olumsuz tutum maddeleri; 1, 3, 5, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22

Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ), yaşlının yaşamını sınırlamaya, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık ve yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık konularını içeren üç alt boyutlu bir ölçektir.

1. Yaşlının Yaşamını Sınırlama Boyutu; Toplumun, yaşlı bireyin sosyal yaşamını sınırlamaya ilişkin inanç ve algılarıdır (1, 5, 12, 14, 17, 19, 21, 22, 23 numaralı maddeler). Yaşlının yaşamını sınırlama boyutundan alınabilecek maksimum puan "45", minimum puan ise "9"dur.

2. Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Boyutu; Toplumun, yaşlı bireye yönelik olumlu inanç ve algılarıdır (2, 4, 6, 7, 8, 9, 13, 20 numaralı maddeler). Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık boyutundan alınabilecek maksimum puan "40", minimum puan ise "8"dir.

3. Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık Boyutu; Toplumun, yaşlı bireye yönelik olumsuz inanç ve algılarıdır (3, 10, 11, 15, 16, 18 numaralı maddeler). Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık boyutundan alınabilecek maksimum puan "30", minimum puan ise "6"dır.

Yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeğinin tamamından alınabilecek maksimum puan "115", minimum puan ise "23"tür. Kestirim değeri olmayan YATÖ'den alınan puanın yükselmesi, kişinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip olduğunu; düşmesi ise yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Alt boyutu puan ortalamasının alınabilecek en düşük değere yakın olması, yaşlıya yönelik o alt boyuta ilişkin tutumunun olumsuz olduğunu, alınabilecek en yüksek değere yakın olması da yaşlıya yönelik o alt boyuta ilişkin tutumunun olumlu olduğunu göstermektedir (1, 3, 66, 76).

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, versiyon 19, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov, Shapiro Wilk testleri ve histogram grafikleri ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile, sürekli değişkenlerden parametrik test varsayımlarını sağlayanlar ortalama±standart sapma (SD), sağlamayanlar medyan (IQR: 25-75. persentil) değerleri ile sunulmuştur. İki grup ortalama karşılaştırmalarında parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda t testi, sağlanmadığı durumlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İkiden fazla grup ortalama karşılaştırmalarında parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda Kruskal Wallis ve post hoc Bonferroni testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p), ilgili testlerle birlikte gösterilmiş olup $p<0,05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmaya 141'i (%56,4) kadın, 109'u (%43,6) erkek olmak üzere toplam 250 kişi katılmıştır. Bu kişilerin yaş ortalaması 28,06±3,26 yıl olarak hesaplanmıştır. 102 (%40,8) kişi evlidir ve 28 (%11,2) kişi çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olanlardan 23 (%85,2) kişinin bir, 4 (%14,8) kişinin iki çocuğu vardır. Kronik rahatsızlığı ve devamlı ilaç kullanımı olan 35 (%14) kişi bulunmaktadır. Aylık ortalama gelir durumu sorusuna "gelirim giderimden az" yanıtı veren 27 (%10,8) kişi, "gelirim giderime denk" yanıtı veren 14 (%56) kişi, "gelirim giderimden fazla" yanıtı verenlerin sayısı ise 83 (%33,2) kişidir. Katılımcılardan 115 (%46) kişi tek başına, 99 (%39,6) kişi eş veya çocukları ile, 28 (%11,2) kişi anne veya baba ile, 8 (%3,2) kişi ise yurt/arkadaşlar ile birlikte yaşadıklarını belirtmişleridir (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler (I)

Değişkenler	**n (%)**
Cinsiyet	
Kadın	141 (56,4)
Erkek	109 (43,6)
Medeni durum	
Evli	102 (40,8)
Bekar	148 (59,2)
Çocuk varlığı	
Yok	222 (88,8)
Var	28 (11,2)
Çocuk sayısı*	
1	23 (85,2)
2	4 (14,8)

*Çocuk varlığı durumuna evet yanıtı veren 28 katılımcıdan 1 tanesi çocuk sayısı kısmını boş bırakmıştır.

Tablo 1. (Devamı) Sosyodemografik özellikler (I)

Değişkenler	n (%)
Kronik hastalık	
Yok	215 (86,0)
Var	35 (14,0)
Devamlı ilaç kullanımı	
Yok	215 (86,0)
Var	35 (14,0)
Aylık ortalama gelir durumu	
Gelirim giderimden az	27 (10,8)
Gelirim giderime denk	140 (56)
Gelirim giderimden fazla	83 (33,2)
Birlikte yaşanan kişiler	
Tek başına	115 (46)
Yurt/arkadaşlar ile	8 (3,2)
Eş/çocuklar ile	99 (39,6)
Anne ve/veya baba ile	28 (11,2)

Katılımcıların büyük çoğunluğu 219 (%87,6) kişi çekirdek ailede büyümüştür. Annesi hayatta olan 242 kişinin oranı %96,8, babası hayatta olan 238 kişinin oranı %95,2'dir. Annesi hayatta olan 242 kişinin annelerin yaş ortalaması 54,58±5,43 yıl, babası hayatta olan 238 kişinin babalarının yaş ortalaması 57,96±5,68 yıl olarak hesaplanmıştır. Annelerinin eğitim düzeyleri analiz edildiğinde 83 (%33,2) kişinin üniversite, 74 (%29,6) kişinin ilköğretim, 49 (%19,6) kişinin lise, 39 (15,6) kişinin ortaöğretim ve 5 (%2) kişininse yüksek lisans olduğu tespit edilmiştir. Babaların eğitim düzeyleri analiz edildiğinde 111(%44,4) kişinin üniversite, 75 (%30) kişinin lise, 24 (%9,6) kişinin ilköğretim, 22(%8,8) kişinin yüksek lisans ve 18 (7,2) kişinin de ortaöğretim olduğu tespit edilmiştir. En uzun yaşanan yer 193 yanıtla %77 oranı ile il olarak belirlenmiştir, köy ya da kasabada yaşayan 14 kişinin oranı %5,6'dır. En uzun yaşanan bölge ise 126 (%50,4) yanıt ile Marmara bölgesi olmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Sosyodemografik özellikler (II)

Değişkenler	n (%)
Büyüdükleri aile tipi	
Çekirdek	219 (87,6)
Geniş	31 (12,4)
Annenin hayatta olma durumu	
Hayır	8 (3,2)
Evet	242 (96,8)

Tablo 2. (Devamı) Sosyodemografik özellikler (II)

Değişkenler	n(%)
Babanın hayatta olma durumu	
Hayır	12 (4,8)
Evet	238 (95,2)
Anne eğitim durumu	
İlköğretim	74 (29,6)
Ortaöğretim	39 (15,6)
Lise	49 (19,6)
Üniversite	83 (33,2)
Yüksek lisans	5 (2)
Baba eğitim durumu	
İlköğretim	24 (9,6)
Ortaöğretim	18 (7,2)
Lise	75 (30)
Üniversite	111 (44,4)
Yüksek lisans	22 (8,8)
En uzun süre yaşanan yer	
İl	193 (77,2)
İlçe	43 (17,2)
Köy/kasaba	14 (5,6)
En uzun süre yaşanan bölge	
Marmara	126 (50,4)
Ege	50 (20)
Akdeniz	22 (8,8)
Karadeniz	13 (5,2)
İç Anadolu	24 (9,6)
Doğu Anadolu	9 (3,6)
Güneydoğu Anadolu	6 (2,4)
	Ort±SS
Yaş (yıl) (n=250)	28,06±3,26
Anne yaşı (yıl) (n=242)	54,58±5,43
Baba yaşı (yıl) (n=238)	57,96±5,68

Asistanlıkta çalışma süresi 1 yıl olan 78 kişi (%31,2), 2 yıl olan 71 kişi (%28,4), 3 yıl olan 56 kişi (%22,4), 4 yıl olan 27 (%10,8), 5 yıl olan ise 18 (%7,2) kişidir. 185 kişi (%74) pratisyen hekim olarak görev yapmıştır ve görev yapma süreleri ortalama 57,96±5,68 ay olarak hesaplanmıştır. "Aldığınız tıp fakültesi eğitimi programındaki yaşlı bakımı ile ilgili bilgileri yeterli buluyor musunuz?" sorusuna "evet" yanıtını veren 64 (%25,6) kişi, "Tıp fakültesi eğitiminiz haricinde gerontoloji konusunda özel bir eğitim aldınız mı?" sorusuna "evet" yanıtını

veren 10 (%4) kişi, "Uzmanlık eğitimi öncesinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna "olumlu" yanıtını veren 15 (%7,5) kişi, "olumsuz" yanıtını veren 151 (%75,9) kişi, "Uzmanlık eğitimi sürecinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna "olumlu" yanıtını veren 17 (%6,8) kişi, "olumsuz" yanıtını veren 202 (%80,8) kişi, "Geriatri merkezinde çalışmak ister misiniz?" sorusuna "evet" yanıtını veren 64 (%25,6) kişi olmuştur (Tablo 3).

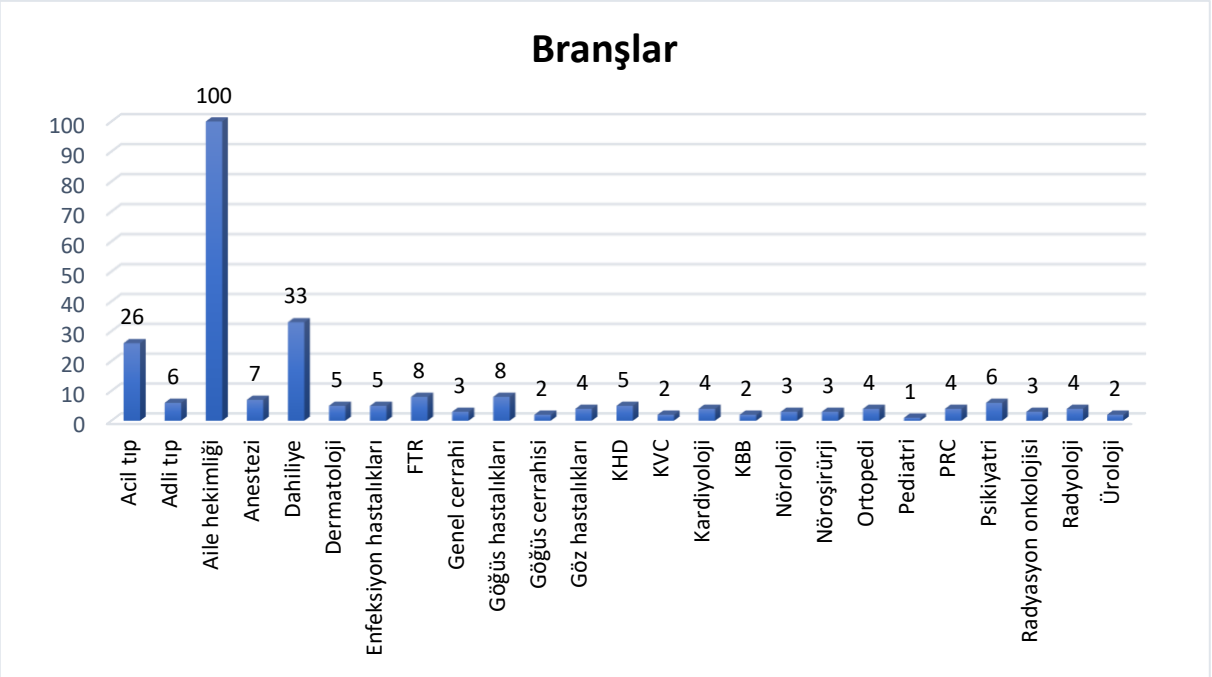
Tablo 3. İş ve eğitim ile ilgili özellikler

Değişkenler	**n(%)**
Asistanlıkta çalışma süresi (yıl)	
1	78 (31,2)
2	71 (28,4)
3	56 (22,4)
4	27 (10,8)
5	18 (7,2)
Pratisyen hekim olarak görev yapma	
Hayır	65 (26)
Evet	185 (74)
"Aldığınız tıp fakültesi eğitimi programındaki yaşlı bakımı ile ilgili bilgileri yeterli buluyor musunuz?"	
Hayır	186 (74,4)
Evet	64 (25,6)
"Tıp fakültesi eğitiminiz haricinde gerontoloji konusunda özel bir eğitim aldınız mı?"	
Hayır	240 (96)
Evet	10 (4)
"Uzmanlık eğitimi öncesinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?"	
Olumlu	15 (7,5)
Olumsuz	151 (75,9)
Kararsızım	33 (16,6)
"Uzmanlık eğitimi sürecinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?"	
Olumlu	17 (6,8)
Olumsuz	202 (80,8)
Kararsızım	31 (12,4)
"Geriatri merkezinde çalışmak ister misiniz?"	
Hayır	186 (74,4)
Evet	64 (25,6)
	Ort±SS
Pratisyen hekim olarak görev yapma süresi (ay) (n=185)	57,96±5,68

Hekimlerin branşları tablo 4 ve grafik 1 ile sunulmuştur. Çalışmaya katılımın en yoğun olduğu branşlar Aile Hekimliği (%40), dahiliye (%13,2) ve acil tıp (%10,4) olmuştur. Bu branşların toplam asistan sayıları diğer branşlara göre fazladır.

Tablo 4. Branşlar

Değişkenler (n=250)	**n(%)**
Acil Tıp	26 (10,4)
Adli Tıp	6 (2,4)
Aile Hekimliği	100 (40)
Anestezi	7 (2,8)
Dahiliye	33 (13,2)
Dermatoloji	5 (2)
Enfeksiyon Hastalıkları	5 (2)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	8 (3,2)
Genel Cerrahi	3 (1,2)
Göğüs Hastalıkları	8 (3,2)
Göğüs Cerrahisi	2 (0,8)
Göz Hastalıkları	4 (1,6)
Kadın Doğum ve Hastalıkları	5 (2)
Kalp Damar Cerrahisi	2 (0,8)
Kardiyoloji	4 (1,6)
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	2 (0,8)
Nöroloji	3 (1,2)
Nöroşirürji	3 (1,2)
Ortopedi	4 (1,6)
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	4 (1,6)
Psikiyatri	6 (2,4)
Radyasyon Onkolojisi	3 (1,2)
Radyoloji	4 (1,6)
Üroloji	2 (0,8)



Grafik 1. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin branşları

Hekimlerin dede, anneanne, babaanne gibi ikinci derece yakınlarının yaşadıkları yerler sorgulandığında 93 (%37,2) kişininki birinci derece yakınlarla birlikte, 111 (%44,4) kişininkinin yalnız yaşadıkları belirlenmiştir. 11 hekim (%4,4) şu anda bir yaşlı/yaşlılar ile yaşamaktadır. 77 hekim (%30,8) ise geçmişte bir yaşlı/yaşlılar ile yaşadığını belirtmiştir. Geçmişte birlikte yaşanan yaşlı/yaşlılarla yaşama süresi ortalama 9,67±7,73 yıl olarak hesaplanmıştır. "Yaşlı/yaşlılar ile aynı evde yaşamanın problem olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna "evet" yanıtını verenlerin oranı %34,4, "Düzenli bütçe ayırmak durumunda kaldığınız yaşlı akrabanız var mı?" sorusuna "evet" yanıtını verenlerin oranı %6,4, "Daha önce hiç yaşlı/yaşlıların bakımında rol aldınız mı?" sorusuna "evet" yanıtını verenlerin oranı %22,4'tür (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşlı akrabalar ile ilgili tutum, davranış ve özellikler

Değişkenler	**n(%)**
İkinci derecede yakınların (dede, anneanne, babaanne)yaşadıkları yer	
Birinci derece yakınlarla birlikte	93 (37,2)
Yalnız olarak	111(44,4)
Hayatta değiller	46 (18,4)
Şu anda birlikte yaşanan yaşlı/yaşlılar	
Yok	239(95,6)
Var	11 (4,4)
Geçmişte birlikte yaşanan yaşlı/yaşlılar	
Yok	173 (69,2)
Var	77 (30,8)

Tablo 5. (Devamı) Yaşlı akrabalar ile ilgili tutum, davranış ve özellikler

Değikenler	n(%)
"Yaşlı/yaşlılar ile aynı evde yaşamanın problem olduğunu düşünüyor musunuz?"	
Hayır	164 (65,6)
Evet	86 (34,4)
"Düzenli bütçe ayırmak durumunda kaldığınız yaşlı akrabanız var mı?"	
Hayır	234 (93,6)
Evet	16 (6,4)
"Daha önce hiç yaşlı/yaşlıların bakımında rol aldınız mı?"	
Hayır	194 (77,6)
Evet	56 (22,4)
	Ort±SS
Geçmişte birlikte yaşanan yaşlı/yaşlılarla yaşama süresi (yıl)	9,67±7,73

Hekimlerden 145 (%58) kişi daha önce huzurevi ziyaretinde bulunduklarını belirtmişlerdir. Daha önce huzurevinde bulunma sebepleri daha çok içinde bulundukları kurumların yönlendirmesi ile (n=108) olmuştur. 52 kişi kendi isteği ile huzurevi ziyaretinde bulunur iken 1 kişi görevlendirme, 1 kişi topluluk etkinliği, 1 kişi ailesi ile birlikte sevindirmek amaçlı, 1 kişi ise uzak bir akraba ziyareti için huzurevi ziyaretinde bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. "Daha önce huzurevi ziyaretinde bulundunuz mu?" sorusuna verilen cevaplar

Değişkenler	n(%)
"Daha önce huzurevi ziyaretinde bulundunuz mu?"	
Hayır	105 (42)
Evet	145 (58)
Daha önce huzurevinde bulunma sebepleri	**n**
Kendi isteği ile	52
İçinde bulunduğu kurumların yönlendirmesi ile	108
Görevlendirme	1
Topluluk etkinliği ile	1
Ailesi ile birlikte sevindirmek amaçlı	1
Uzak bir akraba ziyareti için	1

Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

"Yaşlı hastaların fiziksel özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir?" sorusuna verilen cevaplar şu şekildedir; "Öz bakım durumu" (n=179), "İşitme yetersizliği/kaybı" (n=168), "Görme yetersizliği/kaybı" (n=155), "Kas gücü kaybı" (n=142), "Ekstremite kaybı" (n=139), "Komorbidite" (n=116), "Yaşlılığa bağlı dış görüntüde değişiklik" (n=88), "diğer" (n=1). Fiziksel özellik sorusuna "etkilemez" yanıtını veren kişi sayısı 10'dur (Tablo 7).

Tablo 7. "Yaşlı hastaların fiziksel özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir?" sorusuna verilen cevaplar

"Yaşlı hastaların fiziksel özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir?"	**n**
Yaşlılığa bağlı dış görüntüde değişiklik	88
Kas gücü kaybı	142
Komorbidite	116
Öz bakım durumu	179
İşitme yetersizliği/kaybı	168
Ekstremite kaybı	139
Görme yetersizliği/kaybı	155
Etkilemez	10
Diğer	1

Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

"Yaşlı hastaların psikolojik özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir?" sorusuna verilen cevaplar şu şekildedir; "Mental retardasyon" (n=190), "Yaşlılığa bağlı amnezi" (n=159), "Duygudurum" (n=144), "Çevrenin hastalık-tedaviye yönelik tutumundan kolay etkilenme" (n=119), "Eskiye daha çok bağlı kalma" (n=95). Psikolojik özellik sorusuna "etkilemez" yanıtını veren kişi sayısı 7'dir (Tablo 8).

Tablo 8. "Yaşlı hastaların psikolojik özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir?" sorusuna verilen cevaplar

"Yaşlı hastaların psikolojik özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir?"	**n**
Mental retardasyon	190
Yaşlılığa bağlı amnezi	159
Çevrenin hastalık-tedaviye yönelik tutumundan kolay etkilenme	119
Duygudurum	144
Eskiye daha çok bağlı kalma	95
Etkilemez	7

Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

"Yaşlı hastaların sosyal özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir?" sorusuna verilen cevaplar şu şekildedir; "Tek başına başvurmuş olması" (n=157) "Hastanın sosyokültürel seviyesi" (n=147), "Düzenli başvuru yapıyor olması" (n=140), "Sağlık okuryazarlığının düzeyi" (n=137), "Hastanın mesleği" (n=70), "Hastanın yaşadığı yer" (n=68),. Sosyal özellik sorusuna "etkilemez" yanıtını veren kişi sayısı 10'dur (Tablo 9).

Tablo 9. "Yaşlı hastaların sosyal özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir?" sorusuna verilen cevaplar

"Yaşlı hastaların sosyal özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir?"	n
Düzenli başvuru yapıyor olması	140
Sağlık okuryazarlığının düzeyi	137
Hastanın sosyokültürel seviyesi	147
Hastanın mesleği	70
Hastanın yaşadığı yer	68
Tek başına başvurmuş olması	157
Etkilemez	10

Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

"Sizce doktorların yaşlı hastalara karşı tutumlarını hangisi/hangileri etkiler?" sorusuna verilen cevaplar şu şekildedir; "Empati kurabilme" (n=188), "Yaşlılık ile ilgili ön yargılar" (n=181), "Yaşlı bakımına ilişkin bilgi eksikliği" (n=160), "Kültürel faktörler" (n=154), "Doktorun yaşı" (n=77), "Doktorun cinsiyeti" (n=46), "Yaşlı bireylere verilen değer" (n=42). Doktorların tutumlarını etkileyen faktörler ile ilgili soruya "etkilemez" yanıtını veren kişi sayısı 9'dur (Tablo 10).

Tablo 10. "Sizce doktorların yaşlı hastalara karşı tutumlarını hangisi/hangileri etkiler?" sorusuna verilen cevaplar

"Sizce doktorların yaşlı hastalara karşı tutumlarını hangisi/hangileri etkiler?"	n
Doktorun cinsiyeti	46
Doktorun yaşı	77
Yaşlı bakımına ilişkin bilgi eksikliği	160
Yaşlılık ile ilgili ön yargılar	181
Yaşlı bireylere verilen değer	42
Kültürel faktörler	154
Empati kurabilme	188
Etkilemez	9

Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

"Yaşlı hastaya tutumunuzu etkileyen çalışma ortamı kaynaklı faktörler sizce nelerdir?" sorusuna verilen cevaplar şu şekildedir; "İş yoğunluğu" (n=220), "Uygun olmayan çalışma koşulları" (n=196), "İş stresi" (n=172), "Personel sayısındaki yetersizlik" (n=165) "Başvuran yaşlı sayısı" (n=116),. Çalışma ortamı kaynaklı faktörler ile ilgili soruya "etkilemez" yanıtını veren kişi sayısı 3'tür (Tablo 11).

Tablo 11. "Yaşlı hastaya tutumunuzu etkileyen çalışma ortamı kaynaklı faktörler sizce nelerdir?" sorusuna verilen cevaplar

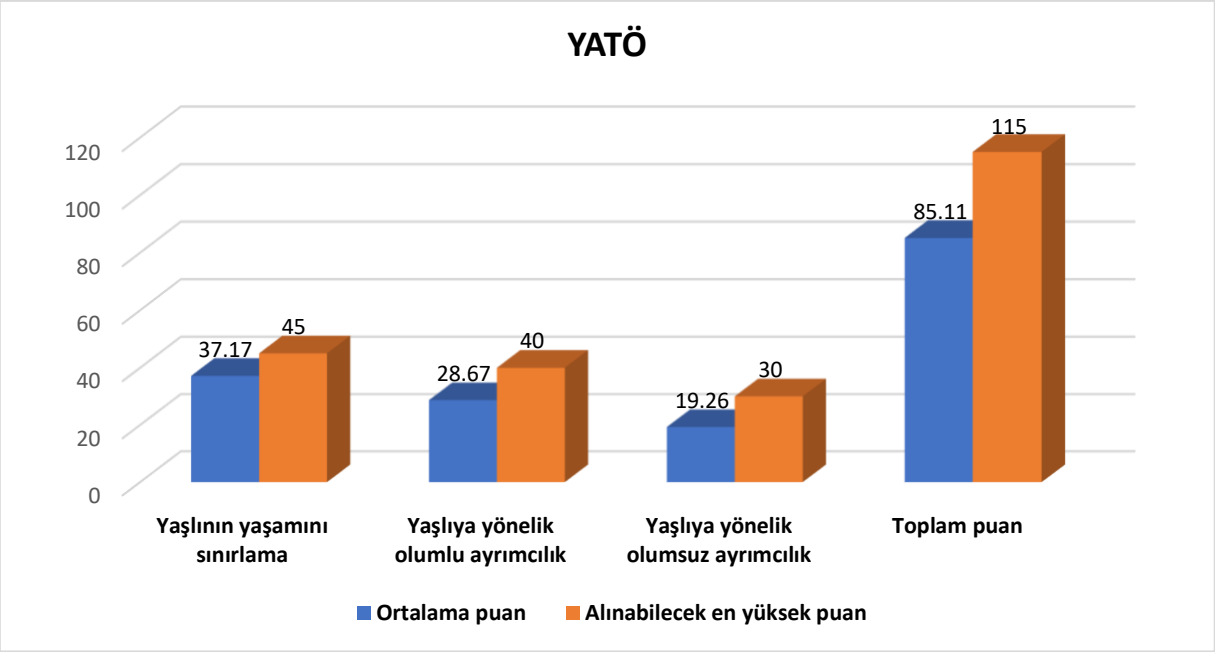
"Yaşlı hastaya tutumunuzu etkileyen çalışma ortamı kaynaklı faktörler sizce nelerdir?"	n
Başvuran yaşlı sayısı	116
İş stresi	172
Uygun olmayan çalışma koşulları	196
İş yoğunluğu	220
Personel sayısındaki yetersizlik	165
Etkilemez	3

Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

"Yaşlının yaşamını sınırlama" alt boyutu 9 sorudan oluşmaktadır ve alınan puanların ortalaması 37,17±4,55, "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutu 8 sorudan oluşmaktadır ve alınan puanların ortalaması 28,67±4,55, "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt boyutu 6 sorudan oluşmaktadır ve alınan puanların ortalaması 19,26±3,24 ve YATÖ toplam 23 sorudan oluşmaktadır ve alınan toplam puanların ortalaması 85,11±9,75 olarak hesaplanmıştır. Tablo 12 ve Grafik 2 ile katılımcıların YATÖ'den aldıkları puanlar ve ölçekten alınabilecek en küçük ve en büyük puanlar gösterilmiştir.

Tablo 12. "YATÖ" den alınan puanlar

Değişkenler (n=250)	Soru sayısı	Ölçekten alınabilecek en küçük ve en büyük puan	Ort±SS	Ölçekten alınan en küçük ve en büyük puan
Yaşlının yaşamını sınırlama	9	9-45	37,17±4,55	19-45
Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	8	8-40	28,67±4,55	12-37
Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	6	6-30	19,26±3,24	10-30
Toplam puan	23	23-115	85,11±9,75	57-108



Grafik 2. "YATÖ" puanları

KARŞILAŞTIRMALI BULGULAR

Ölçeğin alt boyutlarında ve toplam puanda cinsiyete göre anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. "Yaşlının yaşamını sınırlama" ($p=0,001$), "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" ($p=0,011$), "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" ($p=0,004$) alt boyutlarında ve YATÖ toplam puanda ($p<0,001$) erkekler kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır. Tüm alt boyutlarda ve toplam puanda kadınların erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları yani yaşlılara yönelik daha olumlu bir tutuma sahip oldukları tespit edilmiştir.

Hekimlerin aylık ortalama gelir durumları ile ölçekten alınan puanlar arasında da anlamlı farklılıklar olduğu gözlenmiştir. "Yaşlının yaşamını sınırlama" ($p<0,001$), "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" ($p=0,006$) ve YATÖ toplam puanda ($p<0,001$) geliri giderinden az olanlar diğer kişilere göre anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır. Dolayısıyla aylık ortalama geliri giderinden az olanlar, aylık ortalama geliri giderine denk veya giderinden fazla olanlara göre yaşlılara karşı daha olumsuz bir tutum göstermektedirler.

Ölçekten alınan puanlar yaş grupları, medeni durum, çocuk varlığı, kronik hastalık varlığı, devamlı ilaç kullanımı ve birlikte yaşanan kişilere göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Katılımcıların YATÖ toplam puanı ve alt boyutlarından aldıkları puanların sosyodemografik özellikler ile ilişkisi Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13. Sosyodemografik özelliklere göre puanlar (I)

Değişkenler	Yaşlının yaşamını sınırlama	Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	Toplam puan
Cinsiyet				
Kadın	39 (35-41)	30 (27-33)	20 (18-21)	87,21±9,38
Erkek	37 (33-39)	28 (25-31)	19 (17-20)	82,41±9,61
p	**0,001***	**0,004***	**0,011***	**<0,001****
Yaş grupları				
27 ve altı	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	85,08±10,28
28 ve üzeri	38 (35-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	85,15±9,31
p	0,581*	0,960*	0,712*	0,952**
Medeni durum				
Evli	38 (35-41)	30 (27-32)	19 (17-21)	86,38±8,94
Bekar	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	84,24±10,22
p	0,260*	0,093*	0,658*	0,088**
Çocuk varlığı				
Yok	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
Var	37,5 (35-41,5)	31 (27,5-34)	19 (17-21)	87,5 (80,5-94)
p	0,569*	0,037*	0,932*	0,261*
Kronik rahatsızlık				
Yok	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
Var	39 (35-42)	30 (27-33)	20 (18-22)	89 (80-95)
p	0,176*	0,266*	0,171*	0,091*
Devamlı ilaç kullanımı				
Yok	38 (35-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
Var	36 (34-40)	29 (25-32)	20 (17-21)	84 (78-94)
p	0,418*	0,771*	0,639*	0,862*
Aylık ortalama gelir durumu)				
Gelir < Gider	34 (31-37)a	26 (23-30)a	18 (16-20)	77 (69-85)a
Gelir = Gider	38 (35-41)b	29 (27-32)b	19 (17,5-21)	86,5(81-92,5)b
Gelir > Gider	37 (34-41)b	29 (27-32)b	19(17-21)	87 (80-92)b
p	**<0,001*****	**0,006*****	0,051***	**<0,001*****
Birlikte yaşanan kişiler				
Tek başına	38 (34-40)	28 (25-32)	19 (17-21)	84 (73,5-95)
Yurt/arkadaşlar	37,5 (35,5-41)	31 (30,5-32,5)	19 (17-19,5)	87 (82-92)
Eş/çocuklar	38 (35-41)	29 (27-32)	19 (17-21)	86 (77-95)
Anne ve/veya baba	36 (32,5-41)	29,5 (27-32)	18,5 (17-20,5)	84 (75-94)
p	0,548**	0,097**	0,439**	0,346***

*Mann Whitney U, **t testi, ***Kruskal Wallis ve post hoc Bonferroni testleri yapılmış, sonuçlar Medyan (IQR) ve Ort±SS ile gösterilmiştir. Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir; farklı harfler arası anlamlıdır.

Hekimlerin büyüdükleri aile tipine göre yapılan analizde "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutundan çekirdek ailede büyüyenlerin, geniş ailede büyüyenlerin puanlarına göre daha düşük puan aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p=0,029). "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutunda geniş ailede büyüyen hekimlerin

tutumu daha olumlu bulunmuştur.

Ölçekten alınan puanlar anne ya da babanın hayatta olma durumu, anne ya da babanın eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer veya bölgeye göre anlamlı olarak değişmemektedir (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14. Sosyodemografik özelliklere göre puanlar (II)

Değişkenler	Yaşlının yaşamını sınırlama	Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	Toplam puan
Büyüdükleri aile tipi				
Çekirdek	37 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (79-92)
Geniş	39 (36-41)	31 (28-34)	19 (17-22)	88 (83-94)
p	0,191*	**0,029***	0,690*	0,066*
Annenin hayatta olma durumu				
Hayır	36,5 (30,5-40,5)	30 (26-33)	18 (14,5-20)	80,63±13,2
Evet	38 (35-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	85,26±9,62
p	0,409*	0,606*	0,137*	0,186**
Babanın hayatta olma durumu				
Hayır	37 (31-40)	29,5 (24,5-33)	18,5 (16,5-21)	84,5 (70-93)
Evet	38 (35-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
p	0,430*	0,925*	0,530*	0,578*
Anne eğitim durumu				
İlköğretim	38 (35-41)	30 (27-33)	19 (17-21)	87 (80-92)
Ortaöğretim	38 (34-40)	29 (26-31)	19 (18-21)	88 (79-92)
Lise	38 (33-41)	28 (24-31)	18 (17-21)	84 (76-93)
Üniversite	37 (34-40)	29 (27-32)	20 (18-21)	86 (80-92)
Yüksek lisans	36 (36-37)	28 (26-30)	16 (15-18)	83 (77-85)
p	0,666***	0,287***	0,144***	0,513***
Baba eğitim durumu				
İlköğretim	39,5 (34,5-41,5)	29,5 (27-32)	18,5 (17-21,5)	86,5(78,5-94)
Ortaöğretim	38,5 (36-40)	30 (26-32)	21 (20-22)	88,5 (84-93)
Lise	38 (36-41)	29 (27-33)	19 (17-21)	87 (81-92)
Üniversite	37 (34-40)	28 (26-31)	19 (18-21)	84 (80-91)
Yüksek lisans	36,5 (33-40)	30 (24-32)	20 (17-21)	82,5 (75-93)
p	0,378***	0,266***	0,141***	0,346***
En uzun süre yaşanan yer				
İl	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	85 (75-95)
İlçe	38 (36-40)	30 (26-32)	19 (18-21)	85,5(76-94,5)
Köy/kasaba	36,5 (35-41)	29 (26-30)	18,5 (17-20)	83 (74-92)
p	0,830***	0,784***	0,448***	0,675***
En uzun süre yaşanan bölge				
Marmara	38 (35-41)	29 (27-32)	19 (18-21)	86,5 (80-92)
Ege	38,5 (34-41)	28 (26-31)	19 (17-21)	85,5 (80-91)
Akdeniz	38,5 (35-40)	28 (24-32)	19 (17-21)	84 (78-92)
Karadeniz	35 (34-37)	28 (26-31)	20 (16-20)	83 (79-88)
İç Anadolu	37 (33-39,5)	29 (28-31,5)	20 (18-21,5)	84 (80,5-92)
Doğu Anadolu	40 (32-41)	30 (27-33)	19 (17-19)	90 (76-93)
Güneydoğu Anadolu	39 (37-41)	33,5 (32-34)	16,5 (16-20)	88 (87-95)
p	0,607***	0,286***	0,715***	0,833***

*Mann Whitney U, **t testi, ***Kruskal Wallis testleri yapılmış, sonuçlar Medyan (IQR) ve Ort±SS ile gösterilmiştir.

"Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt boyutu için yapılan analizde "Aldığınız tıp fakültesi eğitimi programındaki yaşlı bakımı ile ilgili bilgileri yeterli buluyor musunuz?" sorusuna "hayır" yanıtını verenler "evet" yanıtını verenlere göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır (mean rank= 131,34/108,54; ort±ss= 19,54±3,10/18,46±3,51) ve dolayısı ile daha olumlu tutuma sahiptirler.

"Uzmanlık eğitimi öncesinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna verilen yanıtlar ile ölçekten alınan puanlar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. "Yaşlının yaşamını sınırlama" alt boyutunda bu soruya "olumlu "yanıtını verenler "olumsuz" yanıtını verenlere göre daha düşük puan almışlardır (p=0,008). "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutunda bu soruya "olumlu "yanıtını verenler "olumsuz" ve "kararsız" yanıtını verenlere göre daha düşük puan almışlardır (p<0,001). "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt boyutunda bu soruya "olumlu "yanıtını verenler "olumsuz" yanıtını verenlere göre daha düşük puan almışlardır (p=0,037). Toplam puanda ise bu soruya "olumlu "yanıtını verenler "olumsuz" ve "kararsız" yanıtını verenlere göre daha düşük puan almışlardır (p<0,001).

"Uzmanlık eğitimi sürecinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna verilen yanıtlar ile ölçekten alınan puanlar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. "Yaşlının yaşamını sınırlama" alt boyutunda bu soruya "olumlu "yanıtını verenler "olumsuz" yanıtını verenlere göre daha düşük puan almışlardır (p=0,021). "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutunda bu soruya "olumlu "yanıtını verenler "olumsuz" ve "kararsız" yanıtını verenlere göre daha düşük puan almışlardır (p<0,001). "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt boyutunda bu soruya "olumlu "yanıtını verenler "olumsuz" yanıtını verenlere göre daha düşük puan almışlardır (p=0,020). Toplam puanda ise bu soruya "olumlu "yanıtını verenler "olumsuz" ve "kararsız" yanıtını verenlere göre daha düşük puan almışlardır (p<0,001).

"Geriatri merkezinde çalışmak ister misiniz?" sorusuna verilen yanıtlar ile ölçekten alınan puanlar arasında da anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" (p=0,001), "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" (p=0,030) alt boyutlarında ve toplam puanda (p=0,002) bu soruya "evet" yanıtını verenler "hayır" yanıtını verenlere göre daha yüksek puan almışlardır yani daha olumlu tutuma sahiplerdir. "Yaşlının yaşamını sınırlama" alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p=0,056).

Ölçekten alınan puanlar asistanlıkta çalışma süresi, pratisyen hekim olarak görev

yapma, tıp fakültesi eğitimi haricinde gerontoloji konusunda özel bir eğitim alma durumlarına göre anlamlı olarak değişmemektedir (p>0,05) (Tablo 15).

Tablo 15. İş ve eğitim ile ilgili özelliklere göre puanlar

Değişkenler	Yaşlının yaşamını sınırlama	Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	Toplam puan
Asistanlıkta çalışma süresi (yıl)				
1	38 (34-41)	30 (27-33)	19 (17-21)	85 (80-93)
2	38 (35-41)	29(26-32)	19 (17-21)	86 (80-91)
3	38,5 (36-40,5)	29(26,5-31,5)	19 (18-21)	87 (83-92)
4	37 (32-40)	29(27-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
5	35,5 (33-41)	27,5(25-29)	18,5(17-21)	81 (75-92)
p	0,496**	0,530**	0,969**	0,633**
Pratisyen hekim olarak görev yapma				
Hayır	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	85 (80-92)
Evet	38 (35-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
p	0,430*	0,925*	0,530*	0,578*
"Aldığınız tıp fakültesi eğitimi programındaki yaşlı bakımı ile ilgili bilgileri yeterli buluyor musunuz?"				
Hayır	38 (35-41)	29 (26-32)	19 (18-21)	86 (80-92)
Evet	38 (33,5-40)	29,5 (26-32)	19 (17-20)	84 (77,5-92)
p	0,576*	0,606*	**0,029***	0,382*
"Tıp fakültesi eğitiminiz haricinde gerontoloji konusunda özel bir eğitim aldınız mı?"				
Hayır	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
Evet	39 (35-43)	29,5 (29-33)	20 (18-21)	88,5 (83-95)
p	0,339*	0,291*	0,291*	0,246*
"Uzmanlık eğitimi öncesinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?"				
Olumlu	35 (29-38)a	24 (21-26)a	18 (17-19)a	75 (66-84)
Olumsuz	38 (35-41)b	29 (27-32)b	19 (18-21)b	86 (77-95)
Kararsızım	36 (34-40)a,b	28 (26-31)b	19 (17-21)a,b	83 (74-92)
p	**0,008****	**<0,001****	**0,037****	**<0,001****
"Uzmanlık eğitimi sürecinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?"				
Olumlu	36 (32-40)a	25 (23-29)a	17 (16-20)a	78 (67-89)a
Olumsuz	38 (35-41)b	29 (27-32)b	19 (17-21)b	86 (76-96)b
Kararsızım	35 (32-40)a,b	28 (24-30)b	18 (15-20)a,b	81(72-90)b
p	**0,021****	**<0,001****	**0,020****	**<0,001****
"Geriatri merkezinde çalışmak ister misiniz?"				
Hayır	38 (34-40)	29 (26-32)	19 (17-21)	85 (78-91)
Evet	39 (35-42)	31 (28-33)	20 (17-22)	90 (82-95)
p	0,056*	**0,001***	**0,030***	**0,002***

*Mann Whitney U, **Kruskal Wallis ve post hoc Bonferroni testleri yapılmış, sonuçlar Medyan (IQR) ve Ort±SS ile gösterilmiştir. Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir; farklı harfler arası anlamlıdır.

Geçmişte yaşlı/yaşlılar ile birlikte yaşama deneyimi olan hekimler, olmayan hekimlere göre "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutunda (p=0,046) ve toplam puanda (p=0,013) anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır dolayısı ile daha olumlu bir tutuma sahiptirler.

Yaşlı/yaşlılar ile aynı evde yaşamanın problem olduğunu düşünen hekimler düşünmeyen hekimlere göre "Yaşlının yaşamını sınırlama" (p=0,001), "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" (p<0,001) alt boyutlarında ve toplam puanda (p0,001) anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır dolayısı ile daha olumsuz bir tutuma sahiptirler.

Daha önce hiç yaşlı/yaşlıların bakımında rol almayan hekimler alan hekimlere göre "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" (p=0,002) alt boyutunda anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır dolayısı ile daha olumsuz bir tutuma sahiptirler.

Daha önce huzurevi ziyaretinde bulunan hekimler bulunmayan hekimlere göre "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" (p=0,024) alt boyutunda anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır dolayısı ile daha olumlu bir tutuma sahiptirler.

Ölçekten alınan puanlar ikinci derecede yakınların (dede, anneanne, babaanne)yaşadıkları yere, şu anda birlikte yaşanan yaşlı/yaşlıların varlığına ve düzenli bütçe ayırmak durumunda kalınan yaşlı akrabanın varlığına göre anlamlı olarak değişmemektedir (p>0,05) (Tablo 16).

Tablo 16. Yaşlı akrabalar ile ilgili tutum, davranış ve özelliklere göre puanlar

Değişkenler	**Yaşlının yaşamını sınırlama**	**Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık**	**Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık**	**Toplam puan**
İkinci derecede yakınların (dede, anneanne, babaanne)yaşadıkları yer				
Birinci derece yakınlarla birlikte	38 (35-41)	30 (27-32)	19 (17-22)	86,5 (77-96)
Yalnız olarak	38 (34-40)	29 (26-32)	19 (17-21)	84 (74-94)
Hayatta değiller	36,5 (34-41)	28,5 (26-32)	19 (17-21)	84 (73-95)
p	0,309**	0,627**	0,337**	0,070**
Şu anda birlikte yaşanan yaşlı/yaşlılar				
Yok	38 (35-41)	29(26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
Var	36 (34-39)	32(29-32)	18 (17-21)	85 (81-92)
p	0,394*	0,055*	0,354*	0,866*
Geçmişte birlikte yaşanan yaşlı/yaşlılar				
Yok	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	85 (78-91)
Var	38 (36-41)	30 (27-32)	19 (17-22)	88 (82-93)
p	0,053*	**0,046***	0,420*	**0,013***
"Yaşlı/yaşlılar ile aynı evde yaşamanın problem olduğunu düşünüyor musunuz?"				
Hayır	38 (35,5-41)	29,5 (27-32)	20 (18-21)	88 (81-93)
Evet	36 (33-40)	28 (25-32)	18 (17-20)	82 (76-89)
p	**0,001***	0,060*	**<0,001***	**<0,001***

*****Mann Whitney U, ******Kruskal Wallis testleri yapılmış, sonuçlar Medyan (IQR) ve Ort±SS ile gösterilmiştir.

Tablo 16. (Devamı) Yaşlı akrabalar ile ilgili tutum, davranış ve özelliklere göre puanlar

Değişkenler	Yaşlının yaşamını sınırlama	Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	Toplam puan
"Düzenli bütçe ayırmak durumunda kaldığınız yaşlı akrabanız var mı?"				
Hayır	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
Evet	39 (37-41)	30(27,5-32,5)	20 (17-22)	89,5 (82-94)
p	0,182*****	0,307*****	0,515*****	0,165*****
"Daha önce hiç yaşlı/yaşlıların bakımında rol aldınız mı?"				
Hayır	37 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	85 (80-91)
Evet	39 (35-41)	30 (26-32,5)	20 (18-22,5)	89 (80-93,5)
p	0,096*****	0,330*****	**0,002***	0,055*****
"Daha önce huzurevi ziyaretinde bulundunuz mu?"				
Hayır	38 (34-41)	29 (26-31)	19 (17-21)	84 (76-91)
Evet	38 (35-41)	30 (27-33)	19 (17-21)	87 (81-92)
p	0,198*****	**0,024***	0,805*****	0,071*****

*****Mann Whitney U, ******Kruskal Wallis testleri yapılmış, sonuçlar Medyan (IQR) ve Ort±SS ile gösterilmiştir.

Hekimlerin branşları "dahili" ve "cerrahi" olmak üzere iki gruba ayrılıp analiz edildiğinde "Yaşlının yaşamını sınırlama" (p=0,869), "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" (p=0,468), "Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" (p=0,427) tüm alt boyutlarında ve YATÖ toplam puanda (p=0,626) istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur. (Tablo 17)

Tablo 17. Hekimlerin Branş Gruplarına Göre YATÖ puanları

Değişkenler	n	Yaşlının yaşamını sınırlama	Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	Toplam puan
Branş grupları	250				
Dahili	215	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
Cerrahi	35	38 (34-41)	29 (27-31)	19 (17-20)	86 (80-91)
p		0,869	0,427	0,468	0,626

Mann Whitney U testi.

YATÖ ile diğer bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde ölçek alt boyutları ve toplam puanın anne yaşı, baba yaşı ve pratisyen hekimlik görev süresi ile anlamlı bir korelasyon göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 18. YATÖ ile diğer bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon analizi

Değişkenler		Yaşlının yaşamını sınırlama	Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	Toplam puan
Anne yaşı	**r**	0,034	0,052	0,059	0,055
	p	0,601	0,425	0,364	0,393
	n	242	242	242	242
Baba yaşı	**r**	-0,021	0,011	0,025	-0,002
	p	0,753	0,872	0,704	0,977
	n	238	238	238	238
Pratisyen hekimlik görev süresi	**r**	0,076	0,094	0,028	0,084
	p	0,302	0,205	0,707	0,258
	n	185	185	185	185””

Spearman korelasyon testi.

Yaşlı hastaya tutumu etkileyebilecek faktörler fiziksel, psikolojik, sosyal, doktor ile ilgili faktörler ve çalışma ortamı kaynaklı faktörler olarak analize alınmıştır.

Yapılan analizlere göre fiziksel faktörlerin tutumu etkileyeceğini düşünen hekimler etkilemeyeceğini düşünen hekimlere göre tüm alt boyutlarda ve toplam puanda daha düşük puan almışlardır ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Psikolojik, sosyal, doktor ile ilgili faktörler ve çalışma ortamı kaynaklı faktörlere göre alınan puanlar da istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (p>0,05) ve tüm bulgular tablo 19’da ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur.

Tablo 19. Yaşlı hastaya tutumu etkileyebilecek faktörlere göre puanlar

Değişkenler	n	Yaşlının yaşamını sınırlama	Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	Toplam puan
Fiziksel faktörler	250				
Etkilemez	10	38,5 (36-42)	30 (29-33)	20 (17-21)	87,5 (81-92)
Etkiler	240	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
p		0,414*	0,234*	0,782*	0,420*
Psikolojik faktörler	250				
Etkilemez	7	38 (36-41)	29 (28-31)	19 (18-20)	87 (81-90)
Etkiler	243	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
p		0,756*	0,994*	0,987*	0,934*
Sosyal faktörler	250				
Etkilemez	10	37,5 (36-39)	30,5 (29-34)	19,5 (17-21)	87,5 (81-92)
Etkiler	240	38 (34-41)	29 (26-32)	19(17-21)	86 (80-92)
p		0,916*	0,102*	0,989*	0,427*

*Mann Whitney U testi

Tablo 19. (Devamı) Yaşlı hastaya tutumu etkileyebilecek faktörlere göre puanlar

Değişkenler	n	Yaşlının yaşamını sınırlama	Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	Toplam puan
Doktor ile ilgili faktörler	250				
Etkilemez	9	37 (32-39)	29 (28-30)	19 (18-20)	87 (80-88)
Etkiler	241	38 (35-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
p		0,655*	0,616*	0,569*	0,461*
Çalışma ortamı kaynaklı faktörler	250				
Etkilemez	3	39 (32-42)	29 (28-32)	20 (18-20)	88 (80-92)
Etkiler	247	38 (34-41)	29 (26-32)	19 (17-21)	86 (80-92)
p		0,837*	0,787*	0,856*	0,838*

*Mann Whitney U testi

Bulguların tümüne ait genel veri dökümü CD formatında sunulmuştur (Ek-3).

TARTIŞMA

Bu çalışma ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlilerinin yaşlı ayrımcılığı tutumlarını saptamayı ve bu tutumları üzerinde etkili olabilecek faktörleri değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamıza 141'i kadın 109'u erkek olmak üzere toplamda 250 gönüllü araştırma görevlisi katılmıştır. Elde edilen bilgiler mevcut literatür bilgisiyle karşılaştırılmıştır. Yer yer sonuçların olası nedenlerine değinilerek bu durumlar irdelenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların YATÖ toplam puanlarının ortalaması 85,11±9,75 olarak hesaplanmıştır. Demiralın'ın (1) aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine (YATÖ puan ortalaması 85,0), Ögenler ve ark.'nın (92) hekimlere (YATÖ puan ortalaması 86.57±8.33), Kıssal ve ark.'nın (93) sağlık çalışanlarına (YATÖ puan ortalaması 83,41±9,40), Aksoy'un (3) tıp fakültesi öğrencilerine (YATÖ puan ortalaması 83,48±6,36) yaptığı çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Tüm bunlar sağlık alanına yönelen kişilerin yaşlı kişilere yaklaşımın özenli olması gerektiğinin bilincinde olmalarını; yaşlı bireylere dair daha çok fikre sahip olduklarını ve yaşlı bireylere ilişkin tutumlarının olumlu yönde olduğunu düşündürmüştür (94). Bununla birlikte artan yaşlı nüfusumuz göz önünde bulundurulduğunda yaşlı ayrımcılığı farkındalığının arttırılmasına yönelik konunun gündemde tutulmasına ihtiyaç vardır. Ayrıca hekimlerin yaşlılık sürecindeki sağlık yönetimine dair topluma yönelik yapacağı bilinçlendirme çalışmaları da hem çalışmaları yapan hekimlere hem de topluma farkındalık kazandırabilir. Hekimlik, toplumdaki statüsü düşünüldüğünde hayat döngüsündeki "yaşlılık" sürecini en iyi tanıyabilen ve yaşlılığa ilişkin olumsuz tutumun değiştirilebileceği en önemli meslek gruplarındandır (13). Aynı zamanda sağlık çalışanlarının tutumunun da toplum tarafından şekillendiği düşünülecek olursa, toplumun da yaşlı bireylere karşı tutumunu olumlu

yönde geliştirecek girişimler planlanması önemlidir. Bu konuda TV programları, gazeteler ve sosyal medya gibi iletişim ağlarından yararlanılabilir.

Literatür taramalarında, araştırmamıza benzerlik gösteren birçok çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi yaşlı ayrımcılığı tutumlarının olumlu yönde olduğu görülmüştür. Bununla birlikte yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumların olumsuz olduğu Köse ve ark. 'nın (94) sağlık alanında eğitim gören üniversite öğrencilerine yaptığı çalışma gibi çalışmalar da mevcuttur. Literatüre bakıldığında yaşlı ayrımcılığına yönelik olumsuz tutumların özellikle yurt dışındaki çalışmalarda daha fazla göze çarptığı görülmüştür (95). Yaşlı bireylere yönelik tutumları saptamak için yapılan araştırma bulgularının bazılarının olumlu, bazılarının ise olumsuz olmasının farklı kültürel yapılardan dolayı meydana geldiği düşünülmüştür (9).

Yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği alt gruplarına baktığımızda çalışmamızda en yüksek puanın yaşlının yaşamını sınırlama alt boyutunda alındığı görülürken en düşük alt grup puanı ise yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyutunda alınmıştır. Demiralın'ın (1) aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine, Sülüker ve ark.'nın (96) hemşirelere, Aksoy'un (3) tıp fakültesi öğrencilerine yaptıkları çalışmalarda da en yüksek ve en düşük puanların alındığı alt gruplar çalışmamızla benzer şekildedir. Tuncer ve ark.'nın (10) birinci basamak sağlık personeli, Ünalan ve ark.'nın (79) geriatri merkezi çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada ise en yüksek puan yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutunda alınmışken en düşük puan ise yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyutunda alınmıştır. Yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği alt boyutlarından alınan en yüksek ve en düşük puanlar literatürde çeşitlilik gösterse de tüm alt boyutlarda alınan puanlar ölçek hesaplamalarına göre alınabilecek en yüksek puanlara daha yakındır. Bu durum bize genelde yaşlıya yönelik tutumun olumlu olduğu göstermiştir. Bu beklenen ve istenen bir durum olmakla birlikte yaşlı nüfusun giderek arttığı ülkemizde yaşlı bireylere karşı tutumu olumlu seviyelerde tutacak çalışmalar her daim aktif halde tutulmalıdır. Ayrıca çalışmamızda yaşlı yaşamını sınırlama alt boyutunun en yüksek puanı alması hem hekimlerin toplumun daha bilinçli kesiminde yer almasından hem de artan emeklilik yaşı ile yaşlı bireylerin toplumdaki aktif dönemlerinin uzamasıyla bireylerin yaşlıya yönelik ayrımcılıklarının olumlu yönde etkilenmesinden kaynaklanabilir.

Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerinin YATÖ ölçeğinin tamamında ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ile cinsiyet durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve kadın cinsiyetteki araştırma görevlilerinin yaşlı bireylere yönelik daha olumlu tutuma sahip oldukları görülmüştür. Çalışmamızla benzer şekilde Aksoy'un (3) tıp fakültesi öğrencilerine, Demiralın'ın (1) aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine yaptığı çalışmalarda YATÖ toplam puan ortalamaları ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak

anlamlı sonuçlar elde edilmişken; Coşkun'un (5) hekimlere yaptığı çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak yaşlı ayrımcılığı tutumunun cinsiyete göre değişmediği görülmüştür. Bu durumun kadın bireylerin erkek bireylere göre daha duygusal oluşları ve empati yetilerinin daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Cinsiyetten bağımsız olarak tüm bireylerin yaşlılığa yönelik olumlu tutumlar kazanması adına medyanın gücünden de faydalanılabilir. Küçük yaşta başlayan eğitimler ile çocuklara ve ailelerine, yaşlılara karşı olumlu tutum kazandırılabilir.

Tuncer ve ark.'nın (10) birinci basamak sağlık personeli üzerine yaptığı çalışmada yaş grupları ile toplam puan ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık 55-64 yaş arası sağlık personelinde daha fazla izlenirken, olumsuz ayrımcılık ise 18-24 yaş arası sağlık personelinde daha fazla görülmüştür. Sülüker ve ark. 'nın (96) hemşirelerle yaptığı çalışmada, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutundan alınan puan ortalaması ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sahip olunan olumlu tutumun yaşın artışıyla beraber azaldığı sonucuna varılmıştır. Ve Bu durumda yaş arttıkça kazanılan olumlu olumsuz tecrübeler nedeniyle tutumların değişiklik gösterdiği düşünülebilir (96). Şahin ve ark.'nın (91) ve Demiralın'ın (1) aile hekimliği asistanlarında yaptığı çalışmada; yaş gruplarına göre alınan tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması, çalışmamıza benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum yaş dağılımının geniş yelpazede olmamasına bağlanmıştır.

Çalışmamızda medeni durum ile ölçek toplam puanı ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde Şahin ve ark.'nın (91) çalışmasında da çalışmamızı destekler nitelikte olup alt ölçek ve toplam ölçek puanları ile medeni durum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Demiralın'ın (1) çalışmasında ise çalışmamızdan farklı olarak; medeni durum ile YATÖ toplam puan, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutu ve yaşlının yaşamını sınırlama alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ve evli olan bireylerin, bekar olan bireylere göre yaşlıya yönelik daha olumlu tutuma sahip olduğu görülmüştür. Ünalan ve ark.'nın (79) çalışmasında da bekar olan geriatri merkezi çalışanlarının, evli olan geriatri merkezi çalışanlara göre YATÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmalarda medeni durum ve yaşlı ayrımcılığı arasındaki ilişkinin farklı sonuçlarla göstermesi kültürel ve sosyal etmenler kaynaklı olabilir ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda kronik hastalık ve devamlı ilaç kullanımının yaşlı ayrımcılığı üzerinde olumlu tutum oluşturması beklenirken anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızın hekimlerle

yapılmış olması ve hekimlerin toplumun diğer kesimlerine göre kronik hastalıklar hakkında bilgi ve farkındalığının daha yüksek olması, aynı zamanda kronik hastalığı ve devamlı ilaç kullanımı olan katılımcı sayısının az olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Literatürde benzer verilere rastlanmamıştır. Kronik hastalıklar ve devamlı ilaç kullanımının yaşlı ayrımcılığına olan etkisini araştırmak için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda aylık ortalama geliri giderinden az olanlar, aylık ortalama geliri giderine denk veya giderinden fazla olanlara göre, yaşlılara karşı daha olumsuz bir tutum göstermektedirler. Ve bu durum YATÖ toplam puan, yaşlının yaşamını sınırlama alt boyutu ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutundan alınan puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Çalışmamızla benzer şekilde Sülüker ve ark.'nın (96) ikinci basamak sağlık kurumunda çalışan hemşirelere yaptığı çalışmasında geliri giderinden fazla olan hemşirelerin geliri giderine eşit ve az olan hemşirelere göre daha olumlu tutumda olduğu bulunmuştur ve YATÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlıdır. Tuncer'in (10) yaptığı çalışmada ise sağlık personelinin gelir durumunun yaşlı ayrımcılığını etkilemediği belirtilmiştir. Yaşlı bakımının gerektirdiği özen ve maddiyat düşünüldüğünde; gelirinin giderinden az olduğunu söyleyen katılımcıların maddi kaygılar yaşadığı ve yaşlılara karşı tutumlarında da maddi imkanları sebebiyle yaşayabilecekleri zorlukları düşünerek olumsuz bir tutumda olduklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda kişilerin büyüdükleri aile tipine göre yapılan analizde geniş ailede büyüyen kişilerin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiş ve yaşlı bireylere yönelik tutumu daha olumlu bulunmuştur. Literatür taramalarına baktığımızda Demiralın'ın (1) çalışmasında aile tipi ile yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aksoy'un (3) çalışmasında ise YATÖ toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı farklar izlenmiş ve çalışmamıza benzer şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonucun, çekirdek ailede büyüyen kişilerin yaşlı bireylerle daha fazla etkileşim imkanına sahip olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bireylerin tutumlara yönelik ilk kazanım sağladıkları yer aileleridir. Aile tipinden bağımsız olarak her ailede yaşlılara karşı örnek davranışlarda bulunulması da yaşlı bireylere yönelik tutumun olumlu yönde olmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda, ve Tuncer'in (10) birinci basamak sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmasında anne babanın hayatta olma durumu, çocuk sahibi olmak ve yaşlılığa ilişkin ayrımcılık ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Sağlık eğitimi gören üniversite öğrencilerine yapılan bazı çalışmalarda ebeveyn eğitim düzeyi yükseldikçe YATÖ puan ortalamasının yükseldiği bildirilmiştir (66, 95, 97). Bu durum

eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin davranış ve tutumlarının yaşlı bireylere yaklaşım konusunda daha geleneksel düşüncelere sahip olmaları ve çocuklarını da bu duygu, düşüncelerle yetiştirmelerine bağlı olabilir (95). Bununla birlikte çalışmamızda ebeveyn eğitim düzeyi ve yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında bir ilişki saptanmamıştır; bu durum yaş ilerledikçe kişilerin davranış ve tutumlarının ebeveynden ziyade kendi düşünce kalıplarıyla şekillenmesi ile açıklanabilir.

Yılmaz ve ark.'nın (97) hemşirelik öğrencilerine yaptığı çalışmasında köyde veya kasabada doğanların yaşlı bireylere yönelik tutumlarının ilçe veya ilde doğanlardan daha olumlu olduğu bulunmuştur. Aksoy'un (3) çalışmasında ise ilde yaşayan tıp fakültesi öğrencilerinin diğerlerine göre yaşlıya yönelik tutumda daha düşük puan aldığı saptanmıştır. Ve her iki çalışmada da YATÖ toplam puan ile yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu durum büyük nüfuslu bölgelerde doğan, yaşayan ve okula giden öğrencilerin, yaşlılarla küçük nüfuslu yerlerde doğan ve yaşayanlar kadar temas ve görüşme imkânı olmadığı şeklinde açıklanmıştır. Ancak bizim çalışmamızda ve Demiralın'ın (1) çalışmasında en uzun süre yaşanılan yer ile ölçekten alınan puanlar arasında istatiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Bu durumun sebebi olarak, ülkemizde sanayileşmeyle kente göçüşün artması, medya araçlarının çoğalması, ulaşımın kolaylaşması ile, doğulan ve yaşanılan yerden bağımsız olarak kişilerin benzer bir kültürel yapıya sahip olabileceği düşünülmektedir (3).

Çalışmamızda en uzun süre yaşanılan bölge ile ölçekten alınan puanlar arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Dinçer ve ark.'nın (98) üniversite öğrencilerine, Aksoy'un (3) tıp fakültesi öğrencilerine yaptığı çalışmada da, çalışmamızı destekler nitelikte, yaşanılan bölge ile yaşlıya yönelik tutum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durum ülkemizde kültürel çeşitlilik olsa da Türk toplumunun manevi değerlerinin saygı üzerine kurulu olmasından kaynaklanmış ve bölgesel farklılık izlenmemiş olabilir.

Çalışmamızda ölçekten alınan puanlar asistanlıkta çalışma süresine göre anlamlı olarak değişmemektedir. Soyuer ve ark.'nın (99) yaptığı çalışmada ise yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyutu ve YATÖ toplam puan ortalamaları ile sınıf seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiştir. Daha üst sınıftaki öğrencilerin alt sınıftakilere göre yaşlıya yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Hughes ve ark. (100) tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda dördüncü sınıftaki öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumları, birinci sınıflara göre anlamlı düzeyde olumlu bulunmuştur. Koç ve ark.'nın (101) üniversite öğrencilerine, Aksoy'un (3) tıp fakültesi öğrencilerine, Şahin ve ark.'nın (91) aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine yaptığı çalışmalarda da yaşlı ayrımcılığı tutumu ve eğitim yılı

arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Tüm bu çalışmalar ve bizim çalışmamıza bakılınca tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi boyunca yaşlıya yönelik tutumdaki değişimin, eğitimin niteliğine ve yetişilen kültüre bağlı olabileceği düşünülmüştür. Birçok çalışma birbirinden farklı sonuçlar verdiği için, ilgili olabilecek değişkenlerin daha ayrıntılı olarak araştırılması gerekmektedir (3).

Çalışmamızda, "Aldığınız tıp fakültesi eğitim programındaki yaşlı bakımı ile ilgili bilgileri yeterli buluyor musunuz?" sorusuna "evet" yanıtını verenlerin oranı %25,6, "Tıp fakültesi eğitiminiz haricinde gerontoloji konusunda özel bir eğitim aldınız mı?" sorusuna "evet" yanıtını verenlerin oranı %4 şeklinde düşük bir orana sahiptir. Şahin ve ark.'nın (91) (%31,3) ve Demiralın'ın (1) (%27,2) yaptığı çalışmalardaki katılımcıların tıp eğitimi döneminde ve uzmanlık döneminde yaşlılık ile ilgili eğitim alma yüzdelerinin az olması dikkat çekicidir ve çalışmamızla benzerdir. Tufan ve ark.'nın (102) dahiliye asistanları ile yaptıkları çalışmada geriatri rotasyonundan sonra, öncesine göre yaşlılara yönelik tutumda aldıkları YATÖ toplam puanda anlamlı düzeyde olumlu yönde değişim görülmüştür. Warren ve ark.'nın (103) tıp fakültesi öğrencileri ile, altı haftalık aile hekimliği stajı içinde verilen geriatrik eğitimin, yaşlılara yönelik tutuma etkisini araştıran çalışmada, staj sonrası yaşlılara yönelik tutumda olumlu yönde anlamlı değişim görülmüştür. Kıssal ve ark.'nın (93) Tokat ilinde yaptıkları çalışmada, çalışma süreçlerinde yaşlılık eğitimi almak isteyen veya almış olan aile sağlığı merkezi çalışanlarının YATÖ toplam ve alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Yaşlıya yönelik tutumu (olumlu veya olumsuz anlamda) bireyin duygu, deneyim ve bilgi birikimindeki değişiklikler etkileyebilmektedir (93). Yaşlı bireylere yönelik eğitimin tutumda önemli bir payı olduğu bu çalışmalar ile görülmektedir. Bu konuda yetkili birimler tarafından tıp fakültesi ders içeriklerine yaşlı ayrımcılığına yönelik konuların eklenmesi, geriatri konularının arttırılması gibi düzenlemeler yapılabilir. Aynı zamanda Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yapılacak düzenlemelerle tüm eğitim dönemleri içerisine aile danışmanlığı programlarında yaşlı bireylere karşı farkındalığı arttıracak konular dahil edilebilir (95).

Mesleğini yaparken 65 yaş üzeri bireylere sağlık hizmeti verme isteği de, YATÖ puanını etkilediğini düşündüğümüz faktörlerden biridir (95). Çalışmamızda "Geriatri merkezinde çalışmak ister misiniz?" sorusuna "evet" yanıtını verenler, "hayır" yanıtını verenlere göre daha yüksek puan almışlar ve daha olumlu tutuma sahiplerdir. Ayrıca bu soruya verilen yanıtlar ile yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutu, yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyutu ve ölçek toplamından alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlılık izlenmiştir. Altay ve ark.'nın (104) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada yaşlının yaşamını sınırlama alt boyutu, Yeşilot ve ark.'nın (105) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ise yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutu, yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık

alt boyutu ve YATÖ total puan ortalamaları ile yaşlıyla çalışma istekleri arasında istatistiksel anlamlılık izlenmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde bu çalışmalarda da yaşlı bireylere sağlık hizmeti vermeyi tercih edenlerin anlamlı derecede olumlu tutuma sahip olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, ileride yaşlı bireylere sağlık hizmeti verme isteği oranının düşük olduğu gözlenmektedir. Çalışmamızda bu oran %25,6 iken Tümer ve ark. (106) %36,9, Demiralın'ın (1) %24,7 Altay ve ark.'nın (104) araştırmasında %36,9 olarak bildirilmiştir. Bu sonuç sağlık çalışanlarının yaşlılara ait bakım ve tedavi hizmetlerinin kolay olmadığını bildikleri ve çalışma koşullarının zor olduğunu düşündükleri için yaşlılara sağlık hizmeti verme konusunda pasif kalmayı tercih ettiklerini göstermektedir (95). Yaşlı bireylere daha kaliteli sağlık hizmeti verilebilmesi adına hekimlerin yaşlı bireylerle çalışmaya istekli olması özendirilmelidir. Bu konuda verim sağlamaya yönelik iş doyumunun yükseltilmesi ve tükenmişliğin azaltılması için, günümüz hekimlerinin çalışma koşulları iyileştirilebilir (13). Ayrıca tıp fakültesi öğrencilerine mezun olduktan sonra geriatri hekimi olarak çalışabilecekleri rehabilitasyon merkezleri, yaşlı bakım evleri, hastane ve evde bakım hizmeti veren kurumların daha yakından tanıtımı yapılabilir.

"Uzmanlık eğitimi öncesinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" ve "Uzmanlık eğitimi sürecinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" sorularına verilen yanıtlar ile ölçekten alınan hem toplam hem de her bir alt boyuttaki puanlar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlileri, uzmanlık eğitimi öncesi ve sonrasında yaşlı bireylere yönelik olumlu tutuma sahip olduklarını belirtmelerine rağmen, YATÖ ölçeği baz alındığında yaşlı bireylere yönelik olumlu tutumlarının göreceli olarak düşük olduğu görülmektedir. Literatürde karşılaştırma yapabileceğimiz veri izlenmemiş olup, bu durumun netlik kazanması ve yaşlıya yönelik tutumun hastaya verilen hizmete etkisinin ortaya konulması için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. İşin ehemmiyeti düşünüldüğünde bu durum yok sayılmamalı, çözüme yönelik tanımlama ve girişimlerde bulunulmalıdır. Hekimlere belirli aralıklarla yaşlı bireylerle karşılaşılan sorunlarda nasıl bir yol izleneceği, iletişimi pekiştirici eğitim ve motivasyon programları uygulanıp, yaşlı bireylere empatiyle yaklaşılması sağlanabilir. Yaşlı bireylere verilen sağlık hizmet kalitesini arttırmaya yönelik yaşlı bireylere hizmet veren sağlık çalışanlarının sorumluluk ve rolleri, yazılı protokollerle daha net bir şekilde belirlenebilir. Yaşlı bireylere karşı duyarlılığı arttıracak konuların ağırlıkta olduğu hizmet içi eğitim programları düzenlenebilir. Yaşlı sağlığı ve bakımı ile alakalı kongre, sempozyum ve paneller düzenlenerek katılıma teşvik sağlanabilir. Uzmanlık eğitimi sürecinde ve oryantasyon programları içerisinde de yaşlılığa ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin konulara yer verilebilir.

Şahin ve ark.'nın (91) aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ile yaptığı çalışmada, yaşlı bireylerle yaşayan katılımcıların ortalama toplam YATÖ puanları arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmış ve tutumlar daha olumlu bulunmuştur. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalardan; Ünsar ve ark.'nın (107) çalışmasında yaşlının yaşamını sınırlama ve yaşlıya yönelik olumlu tutum alt boyutlarında, Çilingiroğlu ve ark.'nın (59) çalışmasında ise yaşlının yaşamını sınırlama alt boyutundan alınan ortalama puanlar ve yaşlı ile aynı evi paylaşma arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Bu çalışmalarda yaşlıyla birlikte aynı evde yaşayanların tutumlarının daha olumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşlılarla aynı evde yaşayan bireylerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutumları, yaşlılarla daha etkili iletişime geçerek onları daha iyi anlayıp, onların tecrübelerinden yararlanıp, yaşlılığın olumlu yanlarını görerek edinilebilir (96). Turan ve ark. evde yaşlı yakını olmayan katılımcıların daha olumlu tutuma sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Bulut ve ark.'nın (108) cerrahi hemşireleri ile yaptıkları çalışmada, ailesindeki yaşlı bireylerle yaşamını sürdürmekte olanların YATÖ toplam puan ortalamaları, yaşlıları kendi evlerinde tek başına ya da birinci derece akrabalarla yaşayanların YATÖ toplam puan ortalamalarına göre düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre yaşlı bireyin bakımındaki fiziksel ve sosyoekonomik sorunlar, ailesindeki yaşlılar ile yaşayan bireylerin daha olumsuz tutumlar sergilemelerine neden olarak gösterilebilir. Ayrıca yaşlı bireylerle aynı evi paylaşan kişiler yaşlılıkta meydana gelen düşkünlüğü daha yakından gözlemleyeceklerinden dolayı yaşlılığı kabullenmede zorluk çekebilirler. Ve bu durum kişide yaşlılığa karşı olumsuz bir yargı edinilmesine sebebiyet verebilir. Çalışmamızla benzer şekilde Ögenler ve ark. (92) bir grup hekimle, Sülüker ve ark.'nın (96) birinci ve ikinci basamak hemşireleri ile yaptıkları çalışmalarda da evde yaşlı bulunmasıyla YATÖ puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yaşlıyla birlikte yaşama deneyiminin ve oluşturduğu etkileşimin tutumlara etkisinin farklı sonuçlar doğurduğu görülmektedir (96). Keskin ve ark.'nın (109) yaptığı çalışmada yaşlılarla birlikte yaşayan (2-4 yıl) fizyoterapi öğrencilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da YATÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda da geçmişte yaşlı bireylerle yaşayan katılımcıların YATÖ toplam puan ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur.

Yaşlı/yaşlılar ile aynı evde yaşamanın problem olduğunu düşünen hekimler, düşünmeyenlere göre YATÖ toplam puanda, yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık ve yaşlının yaşamını sınırlama alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır; dolayısı ile daha olumsuz bir tutuma sahiptirler. Literatürde çalışmamızı destekler şekilde Şahin ve ark.'nın (91), Demiralın'ın (1) yaptığı çalışmalarda da ileride yaşlı

bireyler ile yaşama isteği olan araştırma görevlilerinin, YATÖ toplam puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda ölçekten alınan puan ile düzenli bütçe ayırmak durumunda kalınan yaşlı akrabanın varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yaşlı akrabaların bakımı için bütçe ayrılmasının yaşlılara karşı olumsuz bir tutuma neden olabileceği beklenmektedir. Çalışmamızda yaşlı bakımı için bütçe ayırdığını söyleyen katılımcı sayısının az olması, gelir düzeylerini sorduğumuzda çoğunlukla gelirinin giderine denk olduğunu söylemeleri sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Literatürde benzer verilere rastlanmamıştır ve yaşlılara karşı tutumu etkileyen faktörler konusunda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda daha önce hiç yaşlı/yaşlıların bakımında rol almayan hekimlerin alanlara göre yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyutunda anlamlı olarak daha düşük puan alarak daha olumsuz tutuma sahip oldukları görülmüştür. Çalışmamızla benzer şekilde Kıssal ve ark.'nın (93) aile sağlığı merkezi çalışanları ile yaptıkları çalışmada, daha önce yaşlılara bakım veren sağlık personelinin, bakım sorumluluğu olmayan sağlık personeline göre ortalama toplam YATÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum, yaşlılara bakım vermenin, yaşlıların sağlık anlamında, sosyal ve toplumsal anlamda ihtiyaçlarının farkındalığını arttıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Özcan ve ark.'nın (110), ve Aksoy'un (3) huzurevi ziyaretinin etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmalarda, tıp fakültesi öğrencilerinin uygulama öncesine göre YATÖ toplam puan ortalamalarında anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları yani daha olumlu tutuma sahip oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamızda da daha önce huzurevi ziyaretinde bulunan hekimlerin bulunmayan hekimlere göre daha olumlu tutuma sahip olduğu görülmüştür. Ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutundan alınan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu durumun yaşlı bireyler ile yüz yüze görüşülmesinin yaşlı bireylere yönelik empati kurmayı sağladığını ve yaşlı bireyleri daha iyi anlamalarına yardımcı olmasına neden olduğu düşünülmektedir (3). Tıp fakültesi eğitim programları içerisinde uygun olan bölümlerde huzurevi ziyareti görevlendirmesi yapılarak farkındalık kazandırılması desteklenebilir.

Çalışmamızda dahili ve cerrahi branş grupları arasında yaşlı ayrımcılığı tutumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmemiştir. Coşkun'un (5) hekimler üzerinde yaptığı çalışmasında ise dahili branşta çalışan hekimlerin, cerrahi branşta çalışan hekimlere göre yaşlı ayrımcılığı tutumlarının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Coşkun bu durumu; dahili branşta çalışan kişilerin yaşlı bireylerle daha fazla karşılaşmaları ve kronik hastalıkların yüklerine daha fazla maruz kalmalarından dolayı daha olumsuz bir tutuma sahip olabilecekleri şeklinde açıklamıştır (5). Çalışmamıza katılan hekim sayının az olması sonuçlarımızı etkilemiş

olabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğu hasta kaynaklı fiziksel, psikolojik ve sosyal özelliklerin doktorların yaşlı hastaya karşı tutumunu etkilediğini belirtmektedir. Ayrıca istatiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da hasta kaynaklı fiziksel faktörlerin tutumu etkileyeceğini düşünen hekimlerin, etkilemeyeceğini düşünen hekimlere göre daha olumsuz tutuma sahip oldukları gözlemlenmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde Coşkun'un (5) yaptığı çalışmada da hasta kaynaklı bazı durumların fiziksel muayeneyi zorlaştırdığından hekimlerde yaşlı ayrımcılığı tutumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Verilen hizmet kalitesini arttırmaya yönelik hasta kaynaklı faktörlerin azaltılması amacı ile hastalar bu durum hakkında bilinçlendirilmelidir. "Hasta okulları" ve "hasta yakını okulları" geliştirilerek tanı ve tedavi sürecinin daha kolay olması sağlanabilir. Yapılan bazı çalışmalarda meydana gelen yaşlı ayrımcılığı giderek kısalan muayene sürelerine bağlanmıştır (5). Kısıtlı zamanlarda hastalara daha iyi bir hizmet sunulması adına hem çalışma koşulları iyileştirilmeli hem de hekime başvurudan önce hastanın şikayetlerini açık ve net bir şekilde nasıl ifade edebileceği hakkında toplum bilinçlendirilmelidir. Ayrıca bakımı yetersiz olan yaşlı hastalar gerekli sosyal hizmetlere bildirilerek gerekli önlemler alınabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğu çalışma ortamı koşullarının doktorların yaşlı hastaya karşı tutumunu etkilediğini belirtmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da iş yoğunluğu, personel sayısındaki yetersizliğin yaşlılara karşı davranışı etkilediği görülmüştür (96). Çalışma koşullarındaki yetersizlik iş yükünü arttırarak strese sebebiyet verip yaşlıya karşı tutumu olumsuzlaştırabilmektedir. Sağlık hizmetini daha verimli hale getirecek şekilde koşullar iyileştirilmelidir.

Çalışmamızda yaşlıya karşı tutumda etkili olabilecek hasta ve çalışma ortamı kaynaklı faktörleri ele aldığımız gibi doktor kaynaklı faktörleri de belirmeye çalıştık. Ayrıca katılımcılara anketlerimizi dağıtırken konu başlığımıza dikkat çekerek belki de kendilerinin yapıp yapmadıklarını fark edemedikleri yaşlı ayrımcılığı tutumuna yönelik farkındalığı arttırmayı hedefledik. Coşkun da hekimlere yaptığı çalışmasında oluşturulan bu farkındalığı "Anketleri doldurttuktan sonra kişilerin kendilerini kötü ya da suçlu hissettiklerini samimiyetle belirtmeleri amacımıza ulaştığımızı göstermiştir." sözleriyle ifade etmiştir (5).

Ülkemiz gelişmekte olan ülkeler arasında yer almakta ve hızla artan yaşlı nüfus ile karşı karşıya kalmaktadır. Artan yaşla beraber değişen fizyolojik yapı, oluşan kronik hastalıklar, komorbidite gibi durumlar sağlık kuruluşlarına başvuruyu arttıracaktır. Sağlık sektöründeki yaşlı ayrımcılığı gündeme gelecek ve en başta da hekimler bu durumdan etkilenecektir. Hekimler meslek etiklerinin gereği ayrımcılık yapmadan her daim doğru, güvenilir ve verimli

şekilde sağlık hizmeti vermekle yükümlüdürler (13). Bununla birlikte yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden hak ettikleri kadar yararlanabilmeleri, yaşlı hasta bakımının koruyucu hekimlik içine yerleştirilmiş oluşunun hekimler tarafından içselleştirilmesi ile mümkündür (92). Bu konuda özellikle meslek hayatları boyunca birçok yaşlı bireyle defalarca temasta bulunan aile hekimlerinin payı yadsınamayacak düzeydedir. Yaşlı sağlığının ele alındığı ve toplumun en kolay ulaşabileceği sağlık hizmetini veren kurumlar birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır (93). Bu bağlamda birinci basamakta hizmet veren çalışanların yaşlı bireylere tutumunun olumlu olmasının sağlık hizmet kalitesini arttıracağı aşikardır.

Sonuç olarak, hekimlerin az da olsa yaşlı ayrımcılığına dair tutumları kişisel özelliklerinden ziyade sağlık hizmet verişlerindeki görev yerleri ve görev alanlarının koşullarından kaynaklı olabilir. Bu duruma yol açan etkenlerin daha ayrıntılı irdelenerek olumlu tutumların pekiştirilmesi, olumsuz tutumların ortadan kalkmasına yönelik çalışmaların yapılması, verilen sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için gereklidir. Çalışma yerleri ve görev alanları arasındaki farklılıklar göz önünde bulundurularak tüm alanlara uyarlanabilen ve ihtiyaca yönelik düzenlenmeler yapılmalıdır.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinin yaşlı ayrımcılığı tutumları ve bu tutumları etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladığımız çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1.Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerinin cinsiyet oranları; %56,4 kadın, %43,6 erkek olarak tespit edilmiştir.

2.Yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutum, cinsiyete göre değişmektedir. Kadın bireylerin, erkek bireylere göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.

3.Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerinin büyük çoğunluğunun şu anda yaşlı ile birlikte yaşamadığı, düzenli bütçe ayırmak durumunda kaldıkları yaşlı akrabalarının olmadığı ve daha önce yaşlı bakımında rol almadıkları tespit edilmiştir.

4.Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerinin YATÖ puan ortalaması 85,11±9,75 olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları olumlu bulunmuştur.

5. Yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutum, gelir durumuna göre değişmektedir. Aylık ortalama geliri giderinden az olanların, aylık ortalama geliri giderine denk veya giderinden fazla olanlara göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumsuz saptanmıştır.

6.Yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutum, aile tipine göre değişmektedir. Geniş ailede büyümüş olanların, çekirdek ailede büyümüş olanlara göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.

7. Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerinin %74,4'ü tıp fakültesi eğitim programındaki yaşlı bakımı ile ilgili bilgileri "yetersiz" olarak değerlendirmiştir.

8. Çalışmamızda uzmanlık eğitimi öncesinde ve sürecinde yaşlı/yaşlılara karşı tutumunun olumlu olduğunu düşünen araştırma görevlilerinin YATÖ puanlarının daha düşük

olduğu saptanmıştır.

9. Çalışmamızda geriatri merkezinde çalışma isteği olan araştırma görevlilerinin, çalışma isteği olmayan araştırma görevlilerine göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.

10.Yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutum, huzurevi ziyaret duruma göre değişmektedir. Huzurevi ziyaretinde bulunmuş olanların, huzurevi ziyaretinde bulunmayanlara göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.

11. Çalışmamızda yaşlı/yaşlılar ile birlikte yaşama durumu olan araştırma görevlilerinin, yaşamayanlara göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.

12. Çalışmamızda yaşlı/yaşlılar ile aynı evde yaşamanın problem olduğunu düşünmeyen araştırma görevlilerinin, yaşlı/yaşlılar ile aynı evde yaşamanın problem olduğunu düşünen araştırma görevlilerine göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.

13. Çalışmamızda daha önce yaşlı/yaşlıların bakımında rol alan araştırma görevlilerinin, rol almayan araştırma görevlilerine göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.

14. Çalışmamızda hekimlerin hasta kaynaklı fiziksel, psikolojik, sosyal faktörlerin, doktor ile ilgili faktörlerin ve çalışma ortamı kaynaklı faktörlerin yaşlı hastaya tutumunu etkileyeceğini düşündükleri saptanmıştır.

ÖZET

Dünyada yaşlı nüfus giderek çoğalmaktadır ve 2050 yılında 1,5 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Yaşlılığın etkisi ile sağlık kuruluşlarına başvuru artmakta ve gündeme yaşlı ayrımcılığı gelmektedir. Bu çalışma hekimlerin "yaşlı ayrımcılığı" tutum düzeylerini belirlemek, yaşlı hastaya karşı tutumda etkili olabilecek faktörleri tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipte planlanan araştırmamız 23 Aralık 2021-11 Nisan 2022 tarihleri arasından Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan asistan hekimler ile yapılmıştır. Veriler anket yardımı ile toplanmıştır. 59 sorudan oluşan anketin içerisinde sosyodemografik veri formu (36 soru) ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (23 soru) yer almaktadır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, t-testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Çalışmamız, dahil edilme kriterlerini karşılayan 250 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %43,6'sı erkek, %56,4'i kadındır. Araştırma görevlilerinin Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği'nden elde ettikleri puanların ortalaması 85,11±9,75 olarak bulunmuştur. Kadınların yaşlılara yönelik tutumları erkeklere göre daha olumludur. Katılımcılar, uzmanlık eğitimi öncesinde ve sürecinde yaşlılara karşı tutumlarının genel olarak olumlu olduğunu belirtmişlerdir. Tıp fakültesi eğitim programındaki yaşlı bakım ile ilgili eğitimi katılımcıların %25,6'sı yeterli bulmuştur. Yaşlılara yönelik tutuma etki eden faktörlerden cinsiyet, gelir durumu, aile tipi, yaşlı ile birlikte yaşama, yaşlı bakımında rol alma, huzurevi ziyareti durumu istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğu hasta kaynaklı fiziksel, psikolojik, sosyal özelliklerin ve özellikle çalışma ortamı kaynaklı faktörlerin doktorların yaşlı hastaya karşı tutumunu etkilediğini belirtmektedir.

Yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmet kalitesinin arttırılması açısından yaşlılara yönelik olumlu tutumun pekiştirilmesi, olumsuz tutumun ortadan kaldırılması gereklidir. Bunun için, tutumu olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılması, olumlu tutumu destekleyici müdahalelerin tıp eğitimi sürecinde verilmesi gereklidir.

Anahtar kelimeler: yaşlı ayrımcılığı, tutum, Aile Hekimliği

ELDERLY DISCRIMINATION ATTITUDES AND AFFECTING FACTORS OF RESIDENTS AT TRAKYA UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE

SUMMARY

The elderly population is increasing in the world and is projected to reach 1.5 billion by 2050. With the effect of old age, the number of applications to health institutions is increasing and elderly ageism is on the agenda. This study was conducted to determine the level of "elderly discrimination" attitudes of physicians and to determine the factors that may be effective in attitudes towards elderly patients.

Our cross-sectional study was conducted with residents working at Trakya University Faculty of Medicine between December 23, 2021 and April 11, 2022. Data were collected with the help of a questionnaire. The questionnaire with 59 questions included a sociodemographic data form (36 questions) and the Ageism Attitude Scale (23 questions). Descriptive statistics, t-test, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman correlation analysis were used to analyze the data. In the analyzes, $p<0.05$ was accepted as statistically significant.

Our study was conducted with 250 participants who met the inclusion criteria. 43.6% of the participants were male and 56.4% were female. The mean score of the research assistants obtained from the Ageism Attitude Scale was found to be 85.11±9.75. Women had more positive attitudes towards the elderly than men. The participants stated that their attitudes towards the elderly before and during their residency training were generally positive. 25.6% of the participants found the education on elderly care in the medical faculty program adequate Among the factors affecting attitudes towards the elderly, gender, income status, family type, living with the elderly, taking a role in elderly care, and visiting a nursing home were found to be significant. The majority of the physicians who participated in our study stated that physical, psychological and social characteristics of the patient and especially factors related to the working environment affect the attitude of physicians towards elderly patients.

In order to increase the quality of health services provided to elderly individuals, it is necessary to reinforce positive attitudes towards the elderly and eliminate negative attitudes. For this, it is necessary to eliminate the factors that negatively affect attitudes and to provide interventions that support positive attitudes during the medical education process.

Keywords: ageism, attitude, family practice

KAYNAKLAR

1. Demiralın M. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Empati Düzeyleri İle Yaşlı Ayrımcılığı Tutumlarının İncelenmesi (tez). İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2020.

2. Boasberg J, Academy T, Academy R, Trakt SS, Quinot G, et al. World health statistics 2019. Duke Law Journal 2019;1(1):1–13.

3. Aksoy M. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına Yönelik Tutumları (tez). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.

4. Umutlu S. Epik MT. Türkiye'de yaşlı nüfus ve sosyal politika uygulamaları. Sosyal ve Beşeri Bilimler 2019;11(1):29-43.

5. Coşkun B. Hekimlerin Yaşlılık ve Yaşlanmaya Yönelik Algı ve Tutumları İle Bireysel Faktörlerinin Yaşlı Ayrımcılığı Tutumuna etkisi (tez). İstanbul: TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2019.

6. Demografik gelişmeler ve makroekonomik etkileri, 2019 [Internet]. Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası (Erişim tarihi 20.01.2022).
https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/3cf20335-27ca-4b38-97d2-ebdd91e899ba/wp1911.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-3cf20335-27ca-4b38-97d2-ebdd91e899ba-mGcScM7

7. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2012;25(3):1-3.

8. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler 2005;29(1):23-63.

9. Atuğ M. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.

10. Tuncer F. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti veren Kurumlarda Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

11. Life in the 21st century: a vision for all [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1998 [cited 2022 Oct 23]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42065

12. Yıldırım A. Sosyal politika kapsamında Türkiye'de yaşlanmaya ilişkin ulusal düzeydeki düzenlemeler. MANAS Sosyal Araştırmalar 2021;10(3):1889-909.

13. Malak İM. Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişin Tutumları (tez). Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.

14. Kelleci M. Sağlıklı yaşlanma, aktif yaşlanma ve yaşlanmanın psikososyal boyutu. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği 2016;2:10-4.

15. Erci B, Aydın Aİ, Hacıalioğlu N, Kılıç D, Tanrıverdi G. Yaşlı Sağlığı. Erci B (Editör). Halk sağlığı hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Göktuğ Yayınevi; 2009:133-55.

16. Arpacı F. Farklı boyutlarıyla yaşlılık. Ankara: Eğitim ve Kültür Yayınları; 2005:119-23.

17. Cangöz B. Yaşlılık: Sadece kayıp mı? Bir ayrıcalık mı? Türk Geriatri Dergisi 2008;11(3):143-50.

18. Akdemir N, Çınar İF, Görgülü Ü. Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi 2007;10(4):215-22.

19. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006;9(1):30-3.

20. Yaşlılığın sosyal boyutu, 2009 [Internet]. GEBAM-Hacettepe Üniversitesi (Erişim tarihi 25.10.2022). https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiSqLS6iLX7AhXdQ_EDHZ_5BxMQFnoECAkQAw&url=http%3A%2F%2Fwwwgebam.hacettepe.edu.tr%2Fsosyal_boyut%2Fyasliligin_sosyal_boyutu.pdf&usg=AOvVaw3c67XSnprlM58GC5z-n21p

21. Bahar G, Bahar A, Savaş HA. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırsat Sağlık Hizmetleri 2009;4(12):85-98.

22. Akın G. Her yönüyle yaşlılık. Ankara: Palme Yayınevi; 2016:155-209.

23. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Research Reviews

2011;10(4):430-9.

24. Özbek Z, Öner P. Geriatrik fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Dergisi 2008;6(2):73- 80.

25. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. Age and Ageing 2012;41(5):581-6.

26. Anpalahan M, Gibson S. Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. Internal Medicine Journal 2008;38(1):16-23.

27. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(3):162-5.

28. Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. İzbırak G (Editör). Birinci basamakta yaşlı sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019:1-15.

29. Arıoğul S. Yaşlanmanın biyolojik temelleri. Arıoğul S (Editör). Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal&Nobel; 2006:81-87.

30. Öztek Z, Kubilay G. Toplum sağlığı hemşireliği. 3. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2008:70-107.

31. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(2):19-23.

32. Aşık Z. Aile Hekimliğinde Yaşlı Değerlendirilmesi (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.

33. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15(3):219-24.

34. Sieck GC. Physiology of aging. Amerikan Journal of Physiology 2003;95(4):1333-4.

35. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı temel bilgiler. Ankara: Güneş Kitapevi; 1997:366-7.

36. Karadakovan A, Aslan F. Yaşlılık ve bakım. Karadakovan A, Aslan F (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 3. Baskı. İstanbul: Akademisyen Kitabevi; 2014:105-24.

37. Çınaroğlu G. Yaşlı Nüfusa Hastanelerde Sunulan Sağlık Hizmetlerini Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

38. Karakaş S. Anatomy of aging. The Journal of Turkish Family Physician 2012;3(1):23-9.

39. Gürsu M, Kazancıoğlu R, Öztürk S. Yaşlanan böbrek: yaşlanma mı, hastalık mı? Nobel Medicus 2013;9(2):10-4.

40. Glassock RJ, Winearls C, Christopher A. Ageing and the glomerular filtration rate: truths and consequences. Transactions of the American Clinical and Climatological Association 2009;120:419-28.

41. Ginsberg TB, Pomerantz SC, Kramer FV. Sexuality in older adults: behaviours and preferences. Age and Ageing 2005;34(5):475-80.

42. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. Osteoporosis International 1997;7(5):407-13.

43. Rantanen T, Volpato S, Luigi FM, Eino HM, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. Journal of the American Geriatrics Society 2003;51(5):636-41.

44. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Lopez JP, Avezum A, Orlandini A, et al. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. The Lancet Lond 2015;386(9990):266-73.

45. Keskin A, Uncu G, Tanburoğlu A, Adapınar D. Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. Osmangazi Tıp Dergisi 2016;38(1):75-82.

46. Hashizume H. Skin aging and dry skin. The Journal of Dermatology 2004;31(8):603-9.

47. Iwao S, Iwao N, Muller DC, Elahi D, Shimokata H, Andres R. Effect of aging on the relationship between multiple risk factors and waist circumference. Journal of the American Geriatrics Society 2000;48(7):788-94.

48. Yumurtacı A. Demografik değişim: psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik boyutlarıyla yaşlılık. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2013;3(6):9-31.

49. Akgun S, Bakar C, Budakoğlu İD. Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(2):105-10.

50. Öz F, Svvift J. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz Dergisi 2002;10(2):17-28.

51. Çelebi Ç, Yüksel MY. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan psikolojik danışma ve rehberlik uygulamalarına bir bakış. Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi 2014;4(2):175-202.

52. Bilir N, Subaşı P. Yaşlılık sorunları. Güler Ç, Akın L (Editörler). Halk sağlığı temel bilgiler. Anakara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006:1020-31.

53. Esen A. Yaşlılıkta görülen sağlık sorunları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1992;8(3):97-105.

54. Ageing [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2022 Sept 13]. Available from: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_2

55. Gözüm S, Tan M. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları. Geriatri 2003;6(1):14-21.

56. Global health and again [Internet]. National Institute on Aging; 2016 [cited 2022 Oct. 13]. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjZhaemorf7AhVGX_EDHZ47AtMQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.nia.nih.gov%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2017-06%2Fglobal_health_aging.pdf&usg=AOvVaw3Dh5Kgz4_KJqq3x1cDNkD-

57. İstatistiklerle yaşlılar, 2022 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi 13.9.2022). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636.

58. Akçay C. Yaşlılık kavramlar, kuramlar ve yaşlılığa hazırlık. İstanbul: Kriter Yayınevi; 2011:274.

59. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(4):225-30.

60. Palmore E. Ageism: negative and positive. New York: Springer Publishing Company; 1999:3-46.

61. Rowland T. Controversies in exercise science. New York: Routledge; 2018:32-37.

62. World Health Organization. World report on ageing and health. Luxembourg: WHO Library Cataloguing; 2015:43-88.

63. Iversen TN, Larsen L, Solem P. A conceptual analysis of ageism. Nordic Psychology 2009;61(3): 4–22.

64. Dağlı Y. Yaşlılık dönemindeki bireylerin yaşlılığa ilişkin algılarının ve yaşam boyu öğrenme ihtiyaçlarının değerlendirilmesi. Electronic Turkish Studies 2018;13(27):499-30.

65. Göçer Ş. Hacılar İlçe Merkezinde Yaşlılarla Yaşayan Bireylerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi (tez). Düzce: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

66. Vefikuluçay D. Üniversitede Öğrenim Gören Öğrencilerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin

Tutumları (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

67. Özmen ŞY. Türk kültüründe yaşlının yeri ve medyayla yaşlılığın değişen konumu. Milli Folklor Dergisi 2013;12(100):110-9.

68. Tupper MJ. The Representation of Elderly Persons in Prime Time Television Commercials (thesis). Florida: University of South Florida; 1996.

69. Taşçı F. Refah devleti modelleri içinde Türkiye'nin pozisyonu:"yaşlı algısı" üzerinden değerlendirmeler. İnsan & Toplum Dergisi 2013;3(5):5-35.

70. Haviland W, Prins H, Walrath D, Mcbride B (Çeviri editörleri: Sarıoğlu E, Deniz İ). Kültürel antropoloji. İstanbul: Kaknüs Kitapevi; 2008:544.

71. Otrar M. Yaşlılık ve Yaşlanmaya İlişkin Tutum Ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. İstanbul University Journal of Sociology 2016;36(2):527-50.

72. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. Journal of Personality and Social Psychology 2002;83(2):261.

73. McGlone E, Fitzgerald F. Perceptions of ageism in health and social services. Ireland: National Council on Ageing and Older People; 2005:50-65.

74. Topgül S. Çalışma yaşamında yaşlı ayrımcılığı mı yaş ayrımcılığı mı? İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi 2016;36(2):373-91.

75. Baybora D. Çalışma yaşamında yaş ayrımcılığı ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaş ayrımcılığı düzenlemesi üzerine. Çalışma ve Toplum Dergisi 2010;24:33-58.

76. Vefikuluçay YD, Terzioğlu F. Development and psychometric evaluation of Ageism Attitude Scale among the university students. Turkish Journal of Geriatrics 2011;14(3)259-68.

77. Robinson B. Ageism. California: School of Social Welfare, 1994:1-28.

78. Biggs S. Understanding ageing: ımages, attitudes and professional practice. Philadelphia: Open University Press; 1993: 37-47.

79. Ünalan D, Soyuer F, Elmalı F. Geriatri merkezi çalışanlarında yaşlı tutumunun değerlendirilmesi. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2012;2(3):115-20.

80. Bowling A. Honour your father and mother: ageism in medicine. British Journal of General Practice 2007;57(8)347-8.

81. Çilingir D, Bulut E, Hintistan S. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2017;10(3):137-43.

82. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Geriatri 2002;5(4):155-9.

83. Courtney M, Tong S, Walsh A. Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review. International Journal of Nursing Practice 2000;6(2):62-9.

84. Polat U, Karadag A, Ulger Z, Demir N. Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: ageism in a hospital in Turkey. Contemp Nurse 2014;48(1):88-97.

85. Wold GH. Basic geriatric nursing. 5th ed. China: Elsevier; 2013:16-9.

86. Dozois E. Ageism: A review of the literature. Alberta: Word on the Street Consulting Ltd.; 2006:1-29.

87. Kılıç NP. Sağlık hizmetlerinde bireysel yaşlı ayrımcılığı. Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi 2017;25(3):53-77.

88. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. Gülhane Tıp Dergisi 2014;56(2):128-31.

89. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı; 2007. Yayın No DPT: 2741.

90. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2011 [internet]. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (Erişim Tarihi: 11.10.2022). https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf

91. Şahin G, Parıldar H. Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri gözüyle yaşlılık nasıl algılanıyor?. İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2017;21(3):71-6.

92. Ögenler O, Yapıcı G, Taşdelen B, Akça T. Mersin ilinde bir grup hekimin yaşlı ayrımcılığı hakkındaki görüşleri. Türk Geriatri Dergisi 2012;15(4):409-15.

93. Kıssal A, Okan F. Tokat ilinde aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018;22(4):202-12.

94. Köse G, Ayhan H, Taştan S, İyigün E, Hatipoğlu S, Açıkel CH. Sağlık alanında farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2015;57(2):145-51.

95. Karabekiroğlu B, Celal K, Gümüştakım R. Bir tıp fakültesi öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 2021;12(44):177-85.

96. Sülüker K, Türkoğlu N. Birinci ve ikinci basamakta çalışan hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının karşılaştırılması. Türk Fen ve Sağlık Dergisi 2021;2(1):166-75.

97. Yılmaz E, Özkan S. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(2):35-53.

98. Dinçer Y, Usta E, Bulduk S. Üniversite öğrencileri gözüyle yaşlılık nasıl algılanıyor?. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2016;9(1):26-38.

99. Soyuer F, Ünalan D, Güleser N, Elmalı F. Sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı demografik değişkenlerle ilişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;3(2):20-5.

100. Hughes NJ, Soiza RL, Chua M, Hoyle GE, MacDonald A, Primrose WR, et al. Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. Journal of the American Geriatrics Society 2008;56(2):334-8.

101. Koç A, Yıldırım R, Gürcü M, Vefikuluçay D. Üniversiteli gençlerin yaşlı ayrımcılığına yönelik davranışlarının değerlendirilmesi. J Ann Eu Med 2013;1(3):49-55.

102. Tufan F, Yuruyen M, Kizilarslanoglu MC, Akpinar T, Emiksiye S, Yesil Y, et al. Geriatrics education is associated with positive attitudes toward older people in internal medicine residents: a multicenter study. Archives of Gerontology and Geriatrics 2015;60(2):307-10.

103. Warren DL, Painter A, Rudisill J. Effects of geriatric education on the attitudes of medical students. Journal of the American Geriatrics Society 1983;31(7):435-8.

104. Altay B, Aydın T. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015;12(1):11-8.

105. Yeşilot SB, Demirci PY, Öztunç G. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2020;10(1):87-93.

106. Alihan O, Tümer A. Hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. OPUS Toplum Araştırmaları Dergisi 2018;8(14):53-67.

107. Ünsar S, Özgül E, Seda K, Türüng F, Sekmen İD, Canan S, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının incelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015;4(2):61-7.

108. Bulut E. Cerrahi Hemşirelerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları (tez). Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

109. Keskin T, Ergan M, Başkurt Z, Başkurt F. Geriatri stajı yapma durumunun son sınıf fizyoterapi öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları üzerine etkisinin belirlenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;5(3):1757-66.

110. Özcan S, Duyan V, Koç F, Bozdemir N. Üçüncü sınıf tıp öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları: bir eğitim programının etkisinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2013;16(2):210-15.

EKLER

EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2021/446	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Yaşlı Ayrımcılığı Tutumları ve Etkileyen Faktörler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:22/08**	**Tarih:15.11.2021**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Aylin İNER'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye		T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Doç. Dr. Özgür GÜNDÜZ
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK-2

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sayın katılımcı; Bu çalışma Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Çalışmanın amacı hekimlerin "yaşlı ayrımcılığı" yapıp yapmadığını saptamak, yaşlı hastaya karşı tutumda etkili olabilecek faktörleri analiz etmek olup herhangi bir ticari amacı yoktur. Çalışma için kimlik bilgileriniz istenmeyecek ve verdiğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkürler.

ARŞ. GÖR. DR. AYLİN İNER

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖNDER SEZER

1. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

2. Yaşınız:

3. Branşınız:

4. Asistanlıkta kaçıncı yılınız:

5. Evlilik durumunuz: 1) Evli 2) Bekar 3) Dul/Boşanmış

6. Çocuğunuz var mı? 1) Hayır 2) Evet(sayısını belirtiniz: ……)

7. Aylık ortalama gelir durumunuz: 1) Gelirim giderimden az
2) Gelirim giderime denk
3) Gelirim giderimden fazla

8. Kronik bir rahatsızlığınız var mı? 1) Hayır 2) Evet

9. Devamlı ilaç kullanma durumunuz var mı? 1) Hayır 2) Evet

10. Büyüdüğünüz aile tipi: 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

11. Annenizin yaşı: ….. Hayatta değil ( )

12. Babanızın yaşı: ….. Hayatta değil ( )

13. Annenizin eğitim durumu:

1)İlk öğretim 2)Orta öğretim 3)Lise 4)Üniversite 5)Yüksek lisans

14. Babanızın eğitim durumu:

1)İlk öğretim 2)Orta öğretim 3)Lise 4)Üniversite 5)Yüksek lisans

15. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

1) İl 2) İlçe 3) Köy/kasaba

16. Bölge olarak en uzun süre yaşadığınız bölge neresidir?

1) Marmara
2) Ege
3) Akdeniz
4) Karadeniz
5) İç Anadolu
6) Doğu Anadolu
7) Güneydoğu Anadolu

17. Pratisyen hekim olarak görev yaptınız mı?

1) Hayır 2)Evet (süresi: …gün/ay/yıl)

18. Kim ile birlikte yaşıyorsunuz?

1) Tek başına 2) Yurt/Arkadaşlar ile 3) Aile ile (belirtiniz: ……)

19. İkinci derece (dede, anneanne, babaanne) yakınlarınızın yaşadığı yer neresi:

1) Birinci derece yakınlarla birlikte
2) Yalnız olarak
3) Huzurevinde
4) Hayatta değiller

20. Şu anda birlikte yaşadığınız yaşlı/yaşlılar (60 yaş ve üzeri bireyler) var mı?

1) Hayır 2) Evet

21. Geçmişte birlikte yaşadığınız yaşlı/yaşlılar (60 yaş ve üzeri bireyler) var mıydı?

1) Hayır 2) Evet (…..gün/ay/yıl)

22. Yaşlı/yaşlılar (60 yaş ve üzeri bireyler) ile aynı evde yaşamanın problem olduğunu düşünüyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

23. Düzenli bir bütçe ayırmak durumunda kaldığınız yaşlı akrabanız var mı?

1) Hayır 2) Evet

24. Daha önce hiç yaşlı/yaşlıların (60 yaş ve üzeri bireyler) bakımında rol aldınız mı?

1) Hayır 2) Evet

25. Aldığınız tıp fakültesi eğitimi programındaki yaşlı bakımı ile ilgili bilgileri yeterli buluyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

26. Tıp fakültesindeki eğitimiz haricinde gerontoloji (yaşlılık bilimi) konusunda özel bir eğitim aldınız mı?

1) Hayır 2) Evet

27. Uzmanlık eğitimi öncesinde yaşlı/yaşlılara (60 yaş ve üzeri bireyler) karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? (Pratisyen hekim olarak çalışmadıysanız bir sonraki soruya geçiniz)

1) Olumlu 2) Olumsuz 3) Kararsızım

28. Uzmanlık eğitimi sürecinde yaşlı/yaşlılara (60 yaş ve üzeri bireyler) karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1) Olumlu 2) Olumsuz 3) Kararsızım

29. Geriatri (yaşlılık dönemindeki sağlık sorunları ve bu sorunların tedavileri ile ilgilenen tıp dalı) merkezinde çalışmak ister misiniz?

1) Hayır 2) Evet

30. Daha önce huzurevi ziyaretinde bulundunuz mu?

1) Hayır 2) Evet

31. Bir önceki soruya cevabınız evet ise, gidiş sebebiniz neydi?

1) Kendi isteğimle
2)İçinde bulunduğum kurumların yönlendirmesiyle (okul, kurs, vb.)
3) Diğer (……)

32. Yaşlı hastanın fiziksel özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Görme yetersizliği/kaybı ( )
İşitme yetersizliği/kaybı ( )
Kas gücü kaybı ( )
Ekstremite kaybı ( )
Yaşlılığa bağlı dış görüntüde değişiklik ( )
Öz bakım durumu ( )
Komorbidite ( )
Diğer (……)

33. Yaşlı hastanın psikolojik özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Yaşlılığa bağlı amnezi ( )
Mental retardasyon ( )
Çevrenin hastalık-tedaviye yönelik tutumundan kolay etkilenme ( )
Eskiye daha çok bağlı kalma ( )
Duygudurum ( )
Diğer (……...)

34. Yaşlı hastanın sosyal özelliklerinden hangisi/hangileri hastaya karşı tutumunuzu etkileyebilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Tek başına başvurmuş olması ( )
Hastanın sosyokültürel seviyesi ( )
Hastanın mesleği ( )
Hastanın yaşadığı yer ( )
Düzenli başvuru yapıyor olması ( )
Sağlık okuryazarlılığının düzeyi( )
Diğer (……)

35. Sizce doktorların yaşlı hastalara karşı tutumlarını hangisi/hangileri etkiler? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Doktorun cinsiyeti ( )
Doktorun yaşı ( )
Yaşlı bakımına ilişkin bilgi eksikliği ( )
Yaşlılık ile ilgili ön yargılar ( )
Yaşlı bireylere verilen değer ( )
Kültürel Faktörler ( )
Empati kurabilme ( )
Diğer (……)

36. Yaşlı hastaya tutumunuzu etkileyen çalışma ortamı kaynaklı faktörler sizce nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

İş yoğunluğu ( )
Personel sayısındaki yetersizlik ( )
İş stresi ( )
Uygun olmayan çalışma koşulları ( )
Başvuran yaşlı sayısı ( )
Diğer (……)

YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUM ÖLÇEĞİ

TUTUM İFADELERİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Yaşlıların yaşantısı eviyle sınırlı olmalıdır.					
2. Yaşlılar gençlere göre daha sabırlıdır.					
3. Yaşlılar sürekli hasta olur.					
4. Sıra beklenmesi gereken yerlerde yaşlılara öncelik verilmelidir.					
5. Yaşlıların dış görünüşleri iticidir.					
6. Gençler yaşlıların yaşam deneyimlerinden faydalanmalıdır.					
7. Yaşlılar birlikte yaşadığı aile bireyleri tarafından önemsenmelidir.					
8. Yaşlılar sevecendir.					
9. Ailede kararlar alınırken yaşlıların görüşü alınmalıdır.					
10. Yaşlıların temel sorumluluğu ev ve mutfak işleri, torun bakımı gibi konularda çocuklarına yardımcı olmaktır.					
11. İşe eleman alımında yaşlılar yerine gençler tercih edilmelidir.					
12. Yaşlıların ev, araba, eşya, kıyafet almaları gereksizdir.					
13. Yaşlılar gençlere göre daha hoşgörülüdür.					
14. Eşlerini kaybeden yaşlılar tekrar evlenmemelidir.					
15. Yaşlılar değişikliklere gençler gibi uyum sağlayamazlar.					
16. Çalışma yaşamında bireyler arasındaki terfilerde gençlere öncelik verilmelidir.					
17. Yaşlılar huzurevine yerleştirilmelidir.					
18. Yaşlıların tek başına dışarı çıkmamaları gerekir.					
19. Hastanede yaşlılar yerine öncelikle gençlere bakım verilmelidir.					
20. Ailede bütçe oluşturulurken yaşlıların da görüşü alınmalıdır.					
21. Çalışma yaşamında, yaşlılara gençlerden daha düşük ücret ödenmelidir.					
22. Yaşlılar poşetlerini ve paketlerini yardım almadan taşıyamazlar.					
23. Yaşlıların bakımı aile bireyleri tarafından ekonomik yük olarak görülmemelidir.					

Sorularımız bitmiştir, katılımınız için teşekkür ederiz.