

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞLI SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YAŞLI SAĞLIĞI VE BAKIMI DOKTORA PROGRAMI

İZMİR’DE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÇALIŞANLARININ
YAŞLILARA KARŞI TUTUMLARI

NUR ŞEHNAZ HATİPOĞLU
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. EMEL CEYLAN

AYDIN-2022

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda; öncelikle, vermiş olduğu destek ve yoğun çalışması sırasındaki zaman ve emekleri için ve ayrıca akademik eğitimim boyunca, her konudaki bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, olumlu tavrıyla beni cesaretlendiren, tez danışmanım olan Prof.Dr. Emel CEYLAN'a,

Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Doktora Programı'na katılmamı teşvik eden ve akademik eğitimime çok katkısı olan, beraber çalışmaktan ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum sayın Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL'e,

Tez İzleme Komitesindeki değerli hocalarım Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL ve Prof. Dr. Nefati KIYLIOĞLU'na,

Ayrıca her zaman bilgi ve deneyim aktarmakta ellerinden geleni fazlasıyla yapan Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Doktora Programındaki tüm öğretim üyelerine,

Tezimin istatistiksel analizine destek veren Prof. Dr. Mehtap KARTAL'a,

Tez başlıklarını araştırırken birçok fikir veren Doç. Dr. Nil TEKİN'e

Her zaman desteklerini hissettiğim canım annem ve babama,

Sevgileri ve bana olan inançlarıyla her zaman yanımda olan eşim Mehmet Erdem

HATİPOĞLU'na ve kızım Cemre HATİPOĞLU TARHAN'a,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne,

Çalışmaya katılan hekim ve hekim dışı (hemşire, ebe) sağlık çalışanı arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Yaşlılık	6
2.1.1. Sağlık ve Yaşlılığın Tanımı:.....	6
2.1.1.1. Primer Yaşlanma	8
2.1.1.2. Sekonder Yaşlanma	8
2.1.2. Yaşlanma Teorileri	8
2.1.2.1. Programlı Yaşlanma ile İlgili Teoriler	9
2.1.2.2. Hasar Teorisi	9
2.1.3. Yaş Almanın Belirleyicileri.....	11
2.2. Dünyada Yaşlı Nüfusun Artışı ve Yaşlanma.....	13
2.3. Türkiye’de Yaşlanmanın Sosyo-demografik Özellikleri.....	15
2.4. Yaşlılık ve Sağlık	16
2.4.1. Yaşlılarda Sık Görülen Kronik Hastalıklar	17
2.4.2. Yaşlılık Döneminde Biyolojik Değişimler	18

2.4.3. Yaşlılık Döneminde Fizyolojik Değişiklikler	18
2.4.4. Yaşlılarda Fonksiyonel Yetersizlik	25
2.4.5. Yaşlılarda Kırılganlık	25
2.4.6. Yaşlılarda Beslenme ve Destek Gereksinimleri	26
2.4.7. Yaşlıların Psikososyal Durumları	27
2.4.8. Yaşlıların İletişim Sorunları	27
2.5. Yaşlılara Karşı Tutum ve Davranışlar	29
2.5.1. Tutum Ölçekleri	31
2.5.1.1. UCLA GA (University of California at Los Angeles Geriatric Attitudes)	31
2.5.1.2. KOGAN Testi	32
2.5.1.3. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ)	32
2.6. Birinci Basamak Hekimi / Aile Hekimi	34
2.7. Türkiye’de Aile Hekimliği ve Aile Hekiminin Tanımı	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Çalışma Tasarımı	42
3.2. Çalışma Anketinin Oluşturulması	43
3.2.1. Araştırma Soruları	43
3.2.2. Materyal Toplanması ve Örneklemenin Oluşturulması	43
3.2.3. UCLA GA Yaşlı Tutum Ölçeği	45
3.2.4. İstatistiksel Analizler	46
3.2.5. Araştırmanın Etik Yönü	47
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
KAYNAKLAR	76

EKLER	85
Ek 1. TC Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul İzin Yazısı	85
Ek 2. ADÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	86
Ek 3. Önemli Değişiklik Formu (ADÜ TFGOEK)	87
Ek 4. Anketi Yanıtlayan Hekim ve Hekim Dışı Sağlık Çalışanlarının Sosyo Demografik Bilgilerin Yer Aldığı Anket Formu	88
Ek 5. UCLA GA Tutum Anket Formu	92
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	94
ÖZGEÇMİŞ.....	95



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADÜ	: Adnan Menderes Üniversitesi
TFGOEK	: Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UCLA GA	: University of California at Los Angeles Geriatric Attitudes
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YATÖ	: Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın kronolojik akış şeması.....	42
---	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının demografik ve sosyal özelliklerinin dağılımı.	49
Tablo 2. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının aile yapısı, ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri ve yaşlı ebeveynleri ile birlikte yaşama durumu.	50
Tablo 3. Katılımcıların cinsiyetlerine göre UCLA GA Tutum anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması.	51
Tablo 4. UCLA GA Tutum anketinin toplam puan ve alt kategorilerinin hekim ve hemşire sağlık çalışanları arasındaki karşılaştırma sonuçları.	52
Tablo 5. Hekimlerin UCLA GA puanlarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılma sonuçları.	52
Tablo 6. Yaş ile UCLA GA puanlarının korelasyon analiz tablosu.	53
Tablo 7. Çalışmaya katılanların yaş kategorize edilerek UCLA GA puanlarının gruplar arasında karşılaştırılmış sonuçları.	53
Tablo 8. Çalışma süresine göre gruplandırılan olguların UCLA GA puanlarının karşılaştırma sonuçları.	54
Tablo 9. Çalışma katılımcılarının yaşamının bir döneminde yaşlılarla yaşama durumuna göre UCLA GA puanlarının karşılaştırılması.	54
Tablo 10. Birlikte yaşanan yaşlı olması durumuna göre oluşturulan grupların UCLA GA puanları yönünden karşılaştırılması.	55
Tablo 11. Yaşlı sağlığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre gruplandırılan olguların UCLA total ve alt değerlendirme puanları yönünden karşılaştırılması.	55
Tablo 12. Koruyucu sağlık hizmeti vermede kendilerini yetkin hissetme durumuna göre UCLA GA puanlarının karşılaştırılması.	56
Tablo 13. Katılımcıların gelecekte kendi ebeveynleri ile aynı evde yaşamayı isteme durumuna göre UCLA GA puanlarının karşılaştırılması.	57
Tablo 14. Yaşlı bireylere koruyucu sağlık hizmeti uygulama durumu.	58
Tablo 15. Sağlıklı yaşam tarzı değişikliği konusunda bilgilendirme.	58

ÖZET

İZMİR'DE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÇALIŞANLARININ YAŞLILARA KARŞI TUTUMLARI

**Hatipoğlu N.Ş, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İnterdisipliner Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Programı Doktora Tezi, Aydın, 2022**

Amaç: Sağlık çalışanlarının yaşlılara hak ettikleri sağlık bakımını sunabilmeleri için, yaşlıların karmaşık sağlık gereksinimlerinin farkında olmaları ve yaşanabilecek iletişim sorunlarının üstesinden gelmeleri gerekir. Bu çalışmada yaş almış bireylerle ilk temas noktası olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarının yaşlıya karşı tutumunu ve tutum skorlarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Mart 2018 ve Mayıs 2021 tarihleri arasında ve İzmir'deki Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları olarak sosyo demografik bilgileri kapsayan bir anket formu ve yaşlılara yönelik tutumun değerlendirildiği "UCLA Geriatrics" ölçeği kullanılmıştır. İlk başta yüz yüze görüşme yöntemi ile başlanan çalışma, 2019 Mart ayında Covid19 pandemisinin başlaması sonrası sağlık çalışanlarının- çalışma koşullarının ağırlaşması ve enfeksiyon riski nedeniyle web ortamında Google Forms ile gerçekleştirildi. Çalışma analizleri için SPSS21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında veri tabanı oluşturulup verilerin frekans, yüzde, ortalama ve standard sapma değerleri hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0.05 (p-value) değeri dikkate alındı.

Bulgular: Yaş ortalaması 45, 43 ± 9 , 05 yıl (21-66) olan çalışma grubumuzun UCLA GA anketi toplam puanı ortalama 46, 31 ± 5 , 69 olup kadın ve erkek cinsiyet arasında farklılık saptanmamıştır. Hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları UCLA GA toplam puan, tıbbi bakım, sosyal değerler ve kaynak kullanımı alt alanları açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak "merhamet" alt alanında hekimlerin skorları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kırk yaş sınır değeri olarak alındığında, 40 yaş ve altı grupta "tıbbi bakım" alt alanı puanları daha yüksek iken 40 yaş üzeri grupta ise "merhamet"

alt alanı puanı daha yüksekti (sırasıyla $p=0,037$ ve $p=0,025$). Çalışma yıllarına göre 15 yıl sınır değeri olarak alındığında, “merhamet” alt alan puanı, 15 yıl üzeri olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p=0,012$). Halihazırda yaşlı bir bireyle birlikte yaşayanlarda “tıbbi bakım” alt alanı ortalama skoru, daha düşük bulundu ($p=0.041$).

Sonuç: Birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlıya karşı tutumlarında, cinsiyet ve diğer sosyodemografik özelliklerin belirleyici bir etkisi saptanmadı. Ancak “merhamet” puanları hekimlerde, 40 yaş ve altı grupta, 15 yıl ve daha az çalışma yılı olanlarda daha düşük bulundu. Tıbbi bakım alt alan puanları 40 yaş ve altı grupta daha yüksekti.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, Aile sağlığı merkezi, Yaşlı, Yaşlıya karşı tutum

ABSTRACT

ATTITUDES OF FAMILY PHYSICIANS AND OTHER HEALTH CARE GIVERS WHO WORK AT PRIMARY CARE UNITS IN IZMIR TOWARDS ELDERLY

**Hatipoğlu N.Ş, Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Interdisciplinary
Elderly Health And Care Program PhD Thesis, Aydın, 2021**

Objectives: The health care givers must be aware of the health needs of the elderly in order to give the appropriate health care they deserve and must overcome the communication problems that may happen. In this study we aimed to evaluate the determine the factors that affect the attitudes and the attitude scores of primary health care givers, the first contact places they work, towards elderly.

Material and Methods: Our study was carried out between March 2018 and May 2021, with the participation of family physicians and other health care workers who worked in primary care centers. We used a questionnaire asking the sociodemographic data and “UCLA Geriatrics” that evaluated attitudes of the primary health care workers’ towards the elderly as a data collection tool. The questionnaire was started to be applied face to face at first but, because of Covid19 pandemics burst in March 2019, the conditions of the health care workers got harder and because of the infection risk Google Forms were applied to the participants. We prepared database at SPSS21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) software program, calculated the frequency, percentage, mean and standard deviation of the data for the statistical analysis. Statistical significance value was 0.05 (p-value).

Results: The average age of our study group was 45, $43 \pm 9, 05$ years (21–66), the mean UCLA GA total score was 46, $31 \pm 5, 69$, and there was no significant difference between the female and male gender. When the medical care, social values and use of resources total score of UCLA GA subscale scores of the family physicians and other healthcare workers were evaluated, there was no significant difference between the groups. But “compassion” subscale score was significantly low of the family physicians. When the 40 years of age is taken as a cut off, “medical care” subscale score was higher for the 40 years and underage, “compassion”

subscale score was significantly higher for the 40 years and above group (respectively $p=0,037$ and $p=0,025$). When the cut of value for working year is taken as 15 years, “compassion” subscale score was significantly higher than the ones working over 15 years ($p=0,012$). The “medical care” subscale mean score was significantly lower of the ones living with the elderly ($p=0.041$).

Conclusion: There was no significant affect of gender and others socio demographic features on attitudes towards elderly of primary care health workers. But when the “compassion” subscale scores were considered, the family physicians 40 years and under age group and 15 years and under group of work years had significantly lower. “Medical care” subscale score was significantly higher of the family physicians of age 40 years and over.

Keywords: Attitudes to elderly, Alderly, Family physician, Primary health care centers.

1. GİRİŞ

Sağlık ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak dünyada yaşanan demografik değişiklikler dünya nüfusunun giderek yaşlanması sonucuna yol açmıştır. İnsanların yaşadıkları çevre koşullarının düzelmesi, eğitim düzeylerinin yükselmesi, bağışıklama hizmetlerinin iyileştirilmesi ile bulaşıcı hastalıkların azalması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması sayesinde doğumda beklenen yaşam süreleri uzamıştır. İnsan ömründeki uzama, öncelikle sanayileşmiş ülkelerde başlamakla beraber; son elli yılda bütün dünya ülkelerinde gözlenmektedir (WHO, 2020). Yaşlı insanların oranı dünyanın hemen hemen her ülkesinde artıyor, ancak 2050 yılına kadar çoğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (Polat ve diğerleri, 2014).

Türkiye’de bugün doğan bebeklerin ortalama beklenen yaşam süresinin 1970’te doğanlara kıyasla 28 yıl artışla 78,6 yıla ulaşacağı; Avrupa genelinde ise 75 yaş olan ortalama yaşam süresinin 2050 yılında 82 yaşa yükseleceği tahmin edilmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TUIK) 2017–2019 sonuçlarından oluşturduğu Hayat Tabloları’na göre doğuşta beklenen yaşam süresi Türkiye geneli için 78,6 yıldır. Cinsiyete göre yapılan değerlendirmelerde erkekler için beklenen yaşam süresi 75,9 yıl ve kadınlar için 81,3 yıl olarak saptanmıştır (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>). Son yayınlanan Avrupa verilerine göre ise Avrupa’da 2020 yılında doğanların beklenen yaşam süresi kadınlarda 82 iken, erkeklerde 75 yaş olarak belirtilmiştir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de belirgin bir demografik dönüşüm yaşanmakta olup, bilim ve sağlık alanındaki gelişmeler sonucunda yaş almış nüfus oranında hızlı bir artış görülmektedir. Birleşmiş Milletler’in 2019 yılında yaptığı Dünya Nüfus Projeksiyonuna göre 2050 yılına kadar her 6 kişiden birinin 65 yaş üzerinde olacağı öngörülmüştür (WHO, 2019). Halihazırda 2019 yılı verilerine göre dünya genelindeki her 11 kişiden birinin 65 yaş üzerinde olduğu bilinmektedir (WHO, 2019).

Ülkemizde 2015 yılı TÜİK verilerine göre 65 yaş üzeri nüfus oranı %8,2 iken bu oran 2020 yılında %9,5’e yükselmiş, 2021 yılında da yükselerek %9,7 olmuştur (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2021-45500&dil=1>). Türkiye’de 100 yaş ve

üzerinde 5 bin 780 kişinin olduğu saptanmıştır. Yaşlı nüfusun giderek artması, yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmet talebini de artırmaktadır. Dünya Bankası'nın 2013 raporuna göre; son 50 yılda sanayileşmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi 70 yıldan 80'e çıkarken, Türkiye İstatistik Kurumu'nun nüfus projeksiyonlarına göre 2020 yılında %9,5 olan 65 yaş ve üzeri nüfus oranı, 2025 yılında %11, 2030'da %12,9 ve 2040 yılında %16,3 oranlarında olacağı öngörülmüştür (World Health Statistics, 2020).

Hızla artan yaşlı nüfusun sosyal destek ve bakım talepleri, sağlık sisteminin en fazla üzerinde durduğu konulardan bir tanesidir. Nasıl ki yenidoğan döneminden itibaren bebeklere, daha sonra adolesanlara daha özel yaklaşım ve izlem yapılıyorsa, yaşlılara da, her yaşlının kendi özelinde bir izlem gerekmektedir. Temel hedef, yaşlı nüfusun günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olması, fonksiyonel düzeylerinin artırılması, sosyal katılımlarını sağlayacak şekilde sosyal yaşamın bir parçası olmalarını desteklemek, yaşlıların yaşam kalitesini en ekonomik ve etkin şekilde artırmaya destek olmaktır. Bu konuda hekimlere düşen görev ise, yaşlanmanın doğal fizyolojisini ve seyrini ayrıntılı olarak bilmek, kendisine başvuran yaş almışların bakıma muhtaçlık süreçlerini geciktirmek, yaşam kalitesi ve fonksiyonelliği konusunda gerekli önlemleri almak, daha konforlu bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olmaktır.

Yaşlanma ile vücutta birtakım fizyolojik değişiklikler kaçınılmaz olarak karşımıza çıkmaktadır. Vücutta yaşlanma ile görülen yapısal değişikliklere ve organ kapasitelerinde azalmaya bağlı olarak vücut işlevlerinde azalma olur ve buna bağlı olarak organ yetersizlikleri gelişir, yaşlılar daha sık hastalanırlar. Akut ve kronik sağlık sorunları ve zamanla ortaya çıkan fonksiyonel kayıplar ve organ yetersizlikleri yaşlı bireyin bakım gereksinimini arttırarak onun başkalarına bağımlı hale gelmesine neden olur. Bahsedilen klinik durumlar yaşlı kişilerin sağlık kurumlarını daha sık kullanma gereksinimine de yola çar. Tüm bunlara bağlı olarak ve yaşlıda ortaya çıkan kemik ve eklem ağrıları gibi yakınmalar ve bu durumlarla ilişkili olan aktivite kısıtlanması, yaşlının sosyal yaşamını sınırlar ve eninde sonunda yaşam kalitesi bozulur. Bireysel bakış açısıyla her birey, bozulan yaşam kalitesini tekrardan arzulanan seviyeye ulaşmasını diler; bu durum yaşlılar için de aynıdır.

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığa ve önemine dikkat çekmek için 1999 yılını “Uluslararası Yaşlılar Yılı” olarak ilan etti. Avrupa'da da 2012-2020 yıllarını kapsayan dönem için Avrupa Sağlıklı Yaşlanma Strateji ve Eylem Planı hazırlandı ve halen uygulanmaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfustaki artışla beraber bu grubun gereksinimlerinin değiştiği, izlemlerinin farklılaştığı ve her yaşlıya özel, kişiselleştirilmiş özellikler gösterdiği görülmüştür. Bu gereksinimler

doğrultusunda 2015-2020 yıllarını kapsayacak şekilde Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı hazırlanmıştır (TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020). <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf>). Bu plan öncelikle yaşlılar gibi özel ihtiyacı olan bireylere erişilebilir, uygun ve etkili sağlık hizmetleri sunmayı hedeflemiştir. Eylem planının stratejik hedefleri arasında yaşam boyu sağlık ve sağlıklı yaşlanma yanı sıra sağlığa yönelik risklerden tüm toplumun korunması vardır. Yaşlılar için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve tam erişimin sağlanması hedefi ile beraber izlem ve programın değerlendirilmesi de stratejik hedefler arasındadır. Konu ile ilgili olarak öncelikli müdahaleler 5 kategoride sunulmuştur. Birinci öncelik sağlığın korunması kapsamında tüm yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite ve rehabilitasyona yönelik hizmetlerin geliştirilmesidir. İkinci olarak, yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi olmuştur. Üçüncü müdahale hedefi nöropsikiyatrik hastalığı olan ve fonksiyonel kaybı olan yaşlılardır. Bu grupta ek olarak yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddetin önlenmesi ve yaşlıların korunması hedefine yönelik uygulamalar yer almaktadır. Gelişmekte olan teknoloji ile teknolojinin sağlıkta kullanımına ilişkin gittikçe sayıları artan çalışmalar sayesinde hastalara müdahale ile tanı ve tedavi yöntemleri de gelişmektedir. Dördüncü öncelik bu konu kapsamında olup yaşlı bireylerin tanı ve tedavileri sırasında uygun ve etkili işlemlerden yararlanmasının sağlanmasıdır. Beşinci ve son öncelikli konu ise sağlık çalışanlarının eğitiminin düzenlenmesi olarak planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Yayın No: 960, Ankara- 2015).

TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı)'nın Aralık 2021 yılında yayınladığı Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler adlı raporunda da belirtildiği gibi; ülkemizde beklenen yaşam süresi uzamakta ve yaşlı sayısı tahminlerden daha hızlı artmaktadır. Toplumun yaşlanması başta sağlık ve bakım hizmeti olmak üzere ekonomik, sosyal, politik, vb. her alanda etkili olmaktadır. Daha önce yaşanmamış bu duruma uygun politikalar üretilmeli, mevcut ve muhtemel sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirilmelidir. Bireyler genç yaşlardan itibaren aktif ve sağlıklı yaşlanma konusunda eğitilmelidir. Sağlık çalışanlarının yaşlı sağlığı ve bakımı konusunda bilgi ve becerilerinin arttırılması için mezuniyet öncesinde olduğu gibi mezuniyet sonrasında da eğitimleri devam etmelidir. Yaşlılarımıza etkin ve kaliteli sağlık ve bakım hizmeti sadece hekimler değil tüm sağlık çalışanlarının interdisipliner ekip çalışması ile ve tüm toplumun ilgi

ve desteği ile verilebilir (https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/makaleler/pdf/27-12-2021__61c9abcc1b4f8__yasli_sagligi_raporu.pdf).

Ülkemizde de diğer bireylerin olduğu gibi yaşı almışların her türlü sağlık problemleri için başvuracakları ilk yer birinci basamak sağlık kuruluşları, yani aile hekimleridir. Aile hekimleri, bireyleri biyopsikososyal açıdan bir bütün halinde ele alır ve kapsamlı bir hizmet verir. Aile hekimlerinin bireyi sadece organ veya sistem olarak değerlendirmemesi, kapsamlı ele alması, yaşlılık döneminde birden fazla yakınması ve hastalığı olan kişilere kapsayıcı, uygun şekilde hizmet vermesini sağlar. Bu özellikleri aile hekimlerinin diğer popölasyon için olduğu kadar yaşlı popölasyonun da ilk temas noktası olmasını, onlarla primer olarak ilgilenen hekimler olmasını sağlar. Yaşlı bireylere yaklaşımları ve onlar ile ortak paydada buluşabilmeleri izlem ve tedaviler açısından önemlidir.

Günümüzde, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de geriatri ve gerontoloji alanında eğitimli kişi sayısı çok azdır. Yaşlılık konusundaki profesyonel sayısının yetersiz olmasının nedenleri; yaşlılara karşı olumsuz önyargılar, geriatri ve gerontoloji alanında çalışmanın çok tercih edilmemesi, geriatrik eğitim programının (müfredatının) olmaması ve bu eğitimi veren kuruluşların sayısının az olması olarak sıralanabilir. Tam kür şansının az olması da sağlık çalışanlarının daha az tercih etmesine neden olmaktadır. Her ne kadar demografik ve sosyolojik gelişmeler çok hızlı olsa da, geriatrideki gelişmeler aynı oranda olmamaktadır. Türkiye’de yaşlılara sağlık hizmetinin büyük bir bölümünü aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri vermekte, daha az sayıda da iç hastalıkları uzmanları ve çok az sayıdaki (hemen hemen yaklaşık 70 kişi) geriatristler vermektedir (Akademik Geriatri Derneği, Mart 2021). Etkili ve sürdürülebilir birinci basamak sağlık bakımı açısından sağlık profesyonelleri arasında yaşlılara yönelik tutumların ele alınması önemlidir (Wilson, 2018). Belirtilen bu nedenlerden dolayı, tıp fakültelerinde ve hemşirelik fakültelerinde eğitim programlarına geriatri derslerinin eklenmesi önemli hale gelmiştir.

Ülkemizde, gelecekte sayılarının daha da artması beklenen yaşlılarımıza, hak ettikleri tıbbi bakım ve desteğin verilmesi için sağlık çalışanlarının yaşlılık konusunda bilgi ve becerilerinin arttırılması yanı sıra yaşlıya yönelik tutum konusunda da kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Çalışmamız konu ile ilgili farkındalığın arttırılması kadar yaşlıya yönelik tutumlar ve ilişkili faktörleri değerlendirmeyi de amaçlamaktadır. Yukarıda açıkladığımız gibi, yaş almış bireylerle ilk temas noktası ola birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlıya karşı tutumu ile ilgili ülkemizde yapılmış sınırlı sayıda çalışma olması

nedeniyle ve konu ile ilgili olarak bölgemizdeki durumun değerlendirilmesi için mevcut çalışma planlanmıştır.

3.2.1. Araştırma Soruları

1. Aile Sağlığı Merkezinde çalışan hekimlerin yaşlılara karşı tutumları nelerdir?
2. Aile Sağlığı Merkezinde çalışan hemşire, ebelerin (diğer sağlık çalışanları) yaşlılara karşı tutumları nelerdir?
3. Aile Sağlığı Merkezinde çalışan hekim ve diğer sağlık çalışanlarında tutum skorlarına etkili faktörler nelerdir?
4. Bölgemizde ASM çalışanlarının diğer bölgelerdeki sağlık çalışanlarına göre tutumları farklı mıdır?
5. Dünyada sağlık çalışanlarının tutumları, ülkemizden farklı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

“Biz, sağlıklı ve aktif yaşlanmayı teşvik etmek için, sağlık tanımını yeniden düzenlememiz ve tanımlamamız gereklidir Aktif yaş alma stratejileri, politika- yapıcılardan, araştırmacılara, birinci basamak hekimlerinden, evrendeki her bir bireye kadar herkesin içinde yer alması gereken bir durumdur.”

Gro Harlem Brundtland, MD, MPH

DTÖ Genel Direktörü

7 Nisan 1999, Cenevre

2.1.Yaşlılık

2.1.1.Sağlık ve Yaşlılığın Tanımı:

Sağlık çok yönlü olarak ele alınmakta, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “fiziksel, mental ve sosyal açıdan tam iyilik hali ve sadece hiçbir hastalığın veya sakatlığın olmaması” olarak tanımlamıştır. Ülkemizde Halk Sağlığı disiplininin kurucusu olan Nusret Fişek de “Sağlık sadece kişisel bir olgu değildir, toplumsal bir yönü de bulunmaktadır” demiştir. Kişinin bütüncül olarak beden, ruhen, zihnen ve sosyal olarak iyilik halinde olması, sağlıklı olduğunu düşündürür. Beden sağlığı, ruhsal ve sosyal sorunlardan etkilendiği gibi, ruhsal sağlık da beden ve sosyal sorunlardan etkilenmektedir; yani her bir öge diğerini etkilemektedir. Çevresel ve toplum temelli sorunlar, kişinin kontrolü dışında gelişebilmekte ve bireysel sağlığı etkilemektedir. Kişinin sosyal yönden tam iyilik halinde olmasının ön koşulu, sosyal yaşantısının sağlıklı olmasıdır. Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, iş bulma olanağının bulunmadığı, gelir dağılımı dengesizliğinin yarattığı huzursuzluğun giderilemediği toplumlarda kişinin tam iyilik halinde olması olanaksızdır.

Yaşlılık döneminde bireysel sağlığı etkileyen diğer önemli bir faktör, kişinin önceki yıllardan taşıdığı sorunlardır. Bu nedenle yaşam boyu sağlığın korunması ve iyileştirilmesi,

yaşlı sağlığı için temel taşı oluşturmaktadır. Sağlıklı yaşlanmanın ana noktası, mümkün olduğu sürece bağımsız olarak yaşamaktır (WHO,2020). Yaşlılarda sağlıklı yaş almayı destekleyen ve engelliliği önleyen etkin programlar; sağlık ve sosyal servislerin daha etkin kullanılmasını, bu sayede yaş almış kişilerin yaşam kalitesini artırarak bağımsız ve üretken olmalarını sağlar.

Yaşlılık, insan yaşamının ilerleyen dönemlerinin adıdır (Arioğlu, 2006). Yaş, kronolojik bir kavramdır ve insanın doğumundan sonra ne kadar süre yaşadığı anlamına gelir (Kaptan, 2017). Uzun yaşayanların, hastalıklara daha dayanıklı oldukları, ölümcül durumlardan daha kolay kurtuldukları gözlenmektedir. İnsan hücresinin normalde ölümsüz olmadığı ve bu sürenin insan için 125 yıla yakın olduğu tahmin edilmektedir (Hayflick, 1961). Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden, kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçtir. İnsanlar doğdukları, hatta anne karnına düştükleri andan başlayarak yaşlanmaktadır. Geçen her gün ve her yıl, yaşın ilerlemesi demektir.

Hücrede mitokondriyal süperoksit radikal formasyon hızı, insan ömrünü belirleyen majör etken olarak kabul edilmektedir (Herman, 2001). Mitokondrial genotipin yaşlanmada etkili olduğu, 100 yaşın üzerindeki kişilerde FOXO3A genotipinin daha sık görüldüğü (Willcox, 2008); Mt5178A genotipinin Japonlar'da daha yüksek düzeylerde saptandığı dikkat çekilmiş ve beklenen yaşam sürelerinin uzun olmasının etkenlerinden biri olduğu düşünülmektedir (Tanaka, 1998).

Hücre ömrü ve yaşlanma süreci, genetik yapı ile yakından ilişkilidir, bununla birlikte; ömrü uzattığı düşünülen genetik dışı faktörlerde yüzyılımızın araştırma konularının başında gelmektedir. İlerleyen yaşla birlikte, serbest radikal formasyon hızı artmakta ve organizmayı serbest radikallerin hasarından korumak neredeyse mümkün olmamakta ve hücre hızla ömrünü tamamlamaya doğru ilerlemektedir. Genel olarak sağlıklı yaşam tarzı olarak önerilen yaşam boyunca sağlıklı beslenme, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak ölçülü düzeyde aktivite içinde olma, yaşam süresine ve niteliğine katkı sağlayan yaklaşımlar olarak kabul görmektedir. Bir insanın gelişimini tamamlaması ile yaşlanmaya başlaması arasındaki ayrım henüz tam olarak bilinmemektedir.

Yaşlanma; primer ve sekonder yaşlanma olarak kategorize edilebilir.

2.1.1.1. Primer Yaşlanma

Yaşlanma sürecine bağlı olarak yapı ve fonksiyonlardaki bozulmadır. Primer yaşlanmanın hızı, muhtemelen hücre ve dokuların yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünün sürdürülmesi için çalışan DNA'yı serbest radikallerden korumak gibi mekanizmaların etkinliğine bağlıdır. Maksimal oksijen kullanım kapasitesinde azalma, kardiyovasküler fonksiyonda azalma, kas kitlesi ve gücünde azalma, bellekte zayıflama, akciğer elastikiyetinde azalma, presbiyopi ve presbiakuzi gibi duyuşal fonksiyonlardaki azalmalar, primer yaşlanmanın sonuçlarına örnek olarak gösterilebilir.

2.1.1.2. Sekonder Yaşlanma

Hastalıklar ve egzoz dumanı, sigara dumanı, ultraviyole, radyasyon gibi çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan yaşlanma.

Primer yaşlanmayı yavaşlatma, maksimal yaşam sürecinde artışı sağlayabilirken, sekonder yaşlanma etkenlerini ortadan kaldırmak da yaşam süresini uzatabilir (Arıoğlu, 2006).

2.1.2. Yaşlanma Teorileri

Yaşlanma sürecinin bireyler üzerinde değişkenliği ve görece uzun bir zaman dilimi içerisinde, pek çok farklı dış ve biyolojik etmenlerin etkilerinin olması, yaşlanmayı tek bir teori ile açıklamayı ve basite indirgemeyi olanaksız hale getirmektedir (Dişçigil, 2019).

2.1.2.1. Programlı Yaşlanma ile İlgili Teoriler

- Programlanmış Uzun Ömürlülük

Bu teoriye göre, yaşlanma temelde birtakım genlerin zamanı gelince kapanması, diğerlerinin açılması sonucu ortaya çıkan bir süreçtir (Davidovic, 2010). Bu aç kapa mekanizmasına bağlı kısıtlılıkların ortaya çıktığı döneme yaşlılık dönemi denir.

- Hormonal Sistem

Yaşlanma sürecinin endokrin sistem tarafından belirlendiği ve hormonlarla regüle edilen aktif sürecine de hormonal sistem teorisi denir. Anarolise insülin/insülin benzeri büyüme faktörü-1 sinyal aktivitesi yolağı olup evrimsel olarak yaşlanma sürecinde ana rol oynadığı öne sürülür (Van Heemes, 2010).

- Bağışıklık Sistemi

Bu teoride, bağışıklık sisteminin ömür geçtikçe zayıflamaya programlandığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar, bağışıklık sisteminin ergenlik döneminde- en güçlü olup, yaş ilerledikçe zayıflamaya başladığını ispatlamıştır (Kunlin, 2010). Zayıflayan bağışıklık sistemi nedeni ile ileri yaşlarda sık görülen enfeksiyon hastalıkları vücuda zarar vermeye başlar, bu durum yaşlanma sürecine katkıda bulunarak ölüme neden olur.

- Genler

Genetik teori ise, bireylerin yaşam sürelerinin büyük oranda ailelerinden kalıtsal olarak aldıkları genler tarafından belirlendiğini ifade eder. Bireyin yaşam süresi henüz anne karnında iken belirlendiğini, edinilen genlerin yaşam süresi içerisinde zamanla tüketilmesi, işlevinin yitirilmesi ile yaşlanma sürecinin tetiklendiği ifade edilir.

2.1.2.2. Hasar Teorisi

Yıpranma ve hataların birikimi ile oluşan nedensel yaşlanma ile ilgili de birtakım teoriler vardır;

- **Kullanma ve Yıpranma**

Vücudun ve onu oluşturan organların, zararlı maddelere maruziyeti, radyasyon, hava sıcaklığı, ortamın nemliliği gibi yaşam koşullarına bağlı olarak yıpranması ve zamanla işlevini yerine getirememesi. Organların işlevleri azalır ve ölüme sebep olur.

- **Metabolizma Hızı**

Bu teori, organizmanın bazal metabolizmasının tükettiği oksijen ile yaşam süresi arasında ters ilişki olduğunu savunur. Kalp atışı fazla olan bireylerin oksijen tüketiminin de fazla olduğu, ne kadar fazla oksijen tüketilirse yaşam süresinin o kadar kısaldığını savunan bir teoridir. (Byers ve Branton, 2007).

- **Çapraz Bağlar**

Ağırlıklı olarak şeker ve şeker ürünlerinin proteinlerle çapraz bağlanması gibi, çapraz bağlanmış proteinlerin dokularda birikmesi ile hücre ve dokularda hasar oluşmaya başlar. Bu hasar da zaman içerisinde yaşlanma sürecini tetikler ve organizmanın yaşam süresini kısaltır (Bjorksten ve Tenhu, 1990).

- **Serbest Radikaller**

İlk olarak Dr. Gerschman tarafından 1954 yılında öne sürülen bu teori, Dr. Harman tarafından geliştirilmiştir (Sohal ve Allen, 1990). Bu teoriye göre, süperoksit ve diğer serbest radikaller, hücrelerin makromoleküler komponentlerine biriken hasarlar vererek doku ve organların işlevlerini zamanla engellerler; yaşlanma sürecini tetikleyerek organizmanın yaşam süresini kısaltırlar.

- **Somatik DNA Hasarı**

Organizmanın yaşamı boyunca DNA sürekli olarak hasara maruz kalır, buna karşın DNA polimeraz ve tamir mekanizmaları sürekli olarak onarmaya çalışır. Bu onarma çalışmaları yetersiz kalınca kalıcı hasarlar oluşur. Mitokondride oluşan onarılamayan DNA hasarı da bu duruma eklendiğinde, hep birlikte yaşlanma sürecini başlatarak, bireyin yaşam süresini etkilerler.

- **Telomer Kısılması**

Telomerler her bir kromozomun iki ucunda bulunan spesifik DNA-protein yapılarıdır. Tekrarlanan kısa DNA dizelerinden oluşmaktadır. Bölünen hücrelerde telomerlerin normal uzunluklarının korunması telomeraz aktivitesi ile düzenlenir. Ancak, telomeraz enzimi

somatik hücrelerde az miktarda bulunur-. Hücrede telomeraz seviyesi bittiği zaman, her hücre bölünmesinde telomer boyu yaklaşık 100 baz çifti kadar azalır ve bu durum devam ettikçe hücre bölünmesi durur, hücre ölümü meydana gelir.

- **Melatonin Eksikliği**

Melatonin serbest radikallerle savaşı, uyku düzeni ve bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etkileri vardır. Yaşlı bireylerde ise geceleri hormon düzeyinin belirgin şekilde azaldığı ve yaşlanma sürecini tetiklediğini belirten teoridir (Hardeland, 2013).

Yukarıda anlattığımız bu teorilerde yaşlanma süreci hangi neden ve mekanizmayla gelişirse gelişsin, vücutta birtakım değişikliklere neden olarak yaşlanmayı hızlandırır.

2.1.3. Yaş Almanın Belirleyicileri

Yaş alma ile yaşlanmayı ayırt etmek önemlidir. Yukarıda anlattığımız teoriler ile birlikte bazı belirleyiciler de vardır. Yaş alma (“normal yaşlanma”), yaşla beraber meydana gelen evrensel biyolojik değişiklikler anlamına gelir ve hastalık ve çevresel koşullardan etkilenmemiştir. Buna karşılık yaşlanma, çevresel etkilerden, yaşam tarzından ve hastalıklardan etkilenir ki, yaşlanmayla ilişkili- değişikliklerdir. Bir zamanlar yaşlanmanın normal sonucu olarak düşünülen durumlar, şimdilerde yaş almaya bağlı faktörlerin özelliği olarak vurgulanmaktadır.

Sağlık ve yaş almanın her ikisi de biyolojik olarak belirlenmekle birlikte, sosyal ve kültürel yapılardır. Sağlıklı yaşlanmanın temel belirleyicileri: kalıtsal belirleyiciler, sosyoekonomik ortamlar ile yaşam tarzı ve diğer davranışsal faktörler. Cinsiyet farklılıkları da önemlidir. Kültürel ve politik faktörler de sağlığı etkiler.

● **Kalıtsal Belirleyiciler;**

Sağlık ve yaş almanın- çeşitli komponentlerine karşı genetik faktörlerin etkisi çok az anlaşılabilmektedir. Ölüme neden olan değişkenlerin sadece %20-25’i genetik faktörlerle açıklanmıştı (WHO, 2019). Kronik hastalıkların ortaya çıkmasında genetik faktörlerin etkisi oldukça değişkendir. Kalıtsal faktörlerin kronik durumlar üzerine etkisi yaş almakla birlikte azalmaktadır.

• Sosyoekonomik Belirleyiciler;

Sağlıklı yaş almanın sosyal ve ekonomik belirleyicileri arasında mesleki durum, çalışma koşulları ve güvenlik, genç yaşlarda eğitim almak, yaşam alanları ve süreleri, ailevi koşullar yer alır.

• Yaşam Biçimi ve Diğer Davranışsal Belirleyiciler;

Sigara içmek, fiziksel aktivite, günlük yaşamda hareketlilik, alkol kullanımı, diyet, öz bakım, sosyal ilişkiler ve çalışma şekli gibi davranışsal faktörler sağlıklı yaş almanın önemli belirleyicileridir.

Sağlığı etkileyen diğer faktörler ise;

• Cinsiyet Belirleyicileri;

Uzun yaşamdaki cinsiyet farklılıkları, demografik yaşlanmanın önemli belirteçlerinden biridir ki, bu da ileri yaşta feminizasyona neden olur. Başka bir deyişle ileri yaş kadınların problemleri ile domine edilmektedir (WHO, 2020). Ekonomik yaşam kaynaklarına bağımlılıktan sosyal kaynaklara doğru kaymayı ifade eden bu durum, erkeklerde kadınlardan daha hızlıdır. Bu da yaşlı erkeklerin kaynaklarının ve fırsatlarının kadınlardan daha erken tükendiğini gösterir.

• Kültürel Belirleyiciler;

Farklı kültürler yaşlılarına kendi toplumları içinde farklı rol ve değerler biçerler. Bazı kültürlerde, yaşlı bireyler devlet için çalışır veya daha önemli işlere atanırlar ve toplum önderleri olarak saygı görürler. Endüstriyelleşmiş kültürlerde ise, aileler bakım veren rolünü yerine getiremeyince ileri yaşta kişiler normal yaşamdan uzaklaşırlar ve bakım evlerine yerleştirilirler. Bu gibi yerler, fiziksel ve psikolojik iyilik halini azaltır ve sağlığın ciddi derecede bozulmasına neden olur.

• Politika Belirleyiciler;

Politika belirleyiciler, yaş almışların yaşlandığı sosyal ve ekonomik çevreleri etkileyerek yaşlıların sağlıkları üzerinde önemli bir etkiye neden olurlar. Sosyal güvenlik ve sigorta programları, artan yaşlı popülasyon için gereken ekonomik ve sosyal destek sağlama görev ve sorumluluğunu üstlenebilirler.

Hükümet dışı organizasyonlar, lokal gelişim düzeyinde sağlık savunuculuğu sağlar. Hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde, bilgi zincirinin (aktarımının) yaşamsal üyeleridir ve toplumla direk ilişkileri vardır.

• Spiritüel ve İnanişsal (Dini) Belirleyiciler;

Kültürel ve sosyal faktörlerden ayrı olarak, fakat etkileşerek, spiritüelliği çevreleyen faktörlerdir. Spiritüel inanışlar ve davranışların, bireylerin belirli hastalık durumları ve sonuçları üzerinde etkisi olabilir. Spiritüel faktörlerin kanserler, madde kullanımı ve diğer hastalıklar üzerinde belirgin etkisi vardır. Anksiyetenin ise çoğu hastalıklarla baş etmede belirgin negatif etkisi vardır.

Dinin insan yaşamı üzerinde önemli bir etkisi olduğu gibi çoğu politik kararların alınmasında da etkisi vardır. Din, aynı zamanda bireyin yaşamının biçimlenmesinde de rol oynar. Dinsel ve spiritüel inanışlar, ciddi hastalıklarla baş etmede önemli bir yardımcıdır, özellikle artık hiçbir biyomedikal tedavinin etkisinin olmadığı terminal dönem hastaları için önemlidir.

2.2. Dünyada Yaşlı Nüfusun Artışı ve Yaşlanma

Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre; dünyada global olarak beklenen yaşam süresi 2000–2019 yılları arasında altı yıldan fazla artarak; 2000 yılında 66,8 yaş iken 2019 yılında 73,4 yaşa yükselmiştir. Sağlıklı yaşam beklentisi de 2000 yılında 58,3 iken 2019 yılında %8 artarak 63,7 yaşa yükselmiştir. Bu artışın sakat (bağımlı) yaşanan yılların azalmasından ziyade, mortalitede azalmaya bağlı olduğu belirtilmiştir. Bu durum, yaşam yılında meydana gelen ortalama 6,6 yıl olan artışın 5,4 yıl olan sağlıklı yaşam beklentisi ile aynı oranda değildir. Dünyada popülasyon oranları, 2015 revizyon verilerine göre; 60 yaş ve üzeri popülasyonun çoğu ülkelerde önemli ölçüde arttığı ve önümüzdeki on yıllarda daha da artacağı belirtilmiştir.

Dünyada yaşlanma hızı artmaktadır. Önümüzdeki yıllarda 60 yaş ve üzeri bireylerin oranı global olarak %4'ten fazla artarak; 2015'te %12.3 iken, 2030'da %16.5 olacağı yani tüm dünyada sekiz kişiden biri 60 yaş ve üzerinde iken, bu sayının 2030'da her altı kişiden biri olacağı öngörülmüştür. 80 yaş ve üzeri nüfus “yaşlı-yaşlı” sayısı ise yaşlılar içerisinde en hızlı artan kesimdir. 2015'te 80 yaş ve üzeri 125 milyon kişi varken, 2050'de bu sayının 3

katına çıkarak 434 milyon olacağı öngörülmektedir. Yaşlı insanların sayıları diğer yaş gruplarından global olarak daha hızlı artmaktadır. Günümüzde çoğu gelişmiş ülkede toplumun yaşlanma hızı geçmiş yıllardan daha hızlı olmaktadır. Bu artışın sonucu- olarak da yaşlı bireylerin toplumdaki payları tüm dünyada belirgin şekilde artmaktadır. Toplumun yaşlanması birçok yönden demografik başarı öyküsüdür. Bebek ölümlerinin azaltılması, eğitime ulaşma ve iş olanaklarının artması, cinsiyet ayrımcılığında pozitif gelişmeler, aile planlamasının pozitif yönde gelişmesi ile üreme sağlığının iyileşmesi doğum oranlarını azaltmıştır. Daha da önemlisi, halk sağlığı ve medikal teknolojiler alanındaki gelişmeler ile birlikte yaşam koşullarındaki iyileştirmeler ile bireyler daha uzun süre ve hatta çoğu zaman daha sağlıklı yaşamaktadırlar.

Yaşlı bireylerin artışı, 2000–2015 yılları arasında, üst orta gelirli ülkelerde çok hızlı olmuştu ve gene bu grup ülkelerde 2015–2030 yılları arasında da en hızlı artışın olacağı beklenmektedir. Dünyada yaşlı bireylerin üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta ve bu sayı gelişmiş ülkelere daha hızlı oranda artmaktadır. Şehir merkezlerinde yaşayan yaşlıların oranı global olarak diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. 2050 yılında 80 yaş ve üzeri bireylerin üçte ikisinin gelişmekte olan ülkelere yaşayacağı öngörülmektedir.

Dünya nüfusu yaşılanıyor; dünyadaki her ülke yaşlı bireylerin nüfuslarına göre hem sayılarının ve hem de oranlarının arttığını belirtmektedir. Popülasyonun yaşlanması yirmi birinci yüzyılın en belirgin sosyal dönüşümlerinden birisidir; bu dönüşüm iş ve finansal marketler dahil, yeme, içme, barınma, ulaşım ve sosyal koruma gibi toplumun tüm sektörleri ile birlikte aile yapıları ve kuşaklar arası bağda önemli değişimlere yol açmaktadır. Toplumun yaşlanmasına bağlı olarak ekonomik ve sosyal değişikliklere hazırlanmak ve belirlenen 2030 sürdürülebilir gelişmeler hedefini başarmak için gelişimi sağlamanın önemli olduğu belirtilmiştir. Toplumun yaşlanması; fakirleşmeyi azaltma, sağlıklı yaşamı güçlendirme, tüm yaş gruplarında iyilik halini arttırma, cinsiyet eşitliğini artırma hedefleri ile özellikle ilgilidir.

2002 yılında Madrid’de yapılan 2.Yaşlanma Asamblesi’nde (Uluslararası Aksiyon Planı) ülkelerin kalkınma planlarında yaşlı bireylerin özellikle göz önünde bulundurulmaları gerektiği belirtilmiştir. Toplumlarda yaşlanma arttığı sürece, hükümetlerin özellikle yaşlıları hedef alan, barınma, çalışma, sağlık bakımı, altyapı ve sosyal korunma gibi yaratıcı politikalar geliştirmesinin gerekli olduğu bildirilmiştir.

2.3.Türkiye’de Yaşlanmanın Sosyodemografik Özellikleri

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin son verilerine göre; yaşlı nüfusun son beş yılda %22,5 arttığı ifade edilmektedir. Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2022 yılında %9,7’ye yükseldi. Yaşlı nüfusun 2020 yılında %44,2’sini erkek nüfus, %55,8’ini kadın nüfus oluşturdu. Nüfus projeksiyonlarına göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0; 2030 yılında %12,9; 2040 yılında %16,3; 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2020). Türkiye’de 2020 yılında toplam 24 milyon 604 bin 86 haneden 5 milyon 903 bin 324’ünde yaşlı nüfus olarak tanımlanan, 65 ve daha yukarı yaşta en az bir fert bulunduğu görüldü. Diğer bir ifadeyle, hanelerin %24,0’ında en az bir yaşlı fert yaşadığı görüldü. En- az bir yaşlı fert bulunan 5 milyon 903 bin 324 hanenin 1 milyon 478 bin 346’sını tek başına yaşayan yaşlı fertler oluşturdu. Bu hanelerin %75,3’ünü yaşlı kadınlar, %24,7’sini ise yaşlı erkekler oluşturdu. Yaşlı nüfus yaş grubu 2015 ve 2020 yılları ile karşılaştırmalı olarak ayrıntılandırıldığında 2015 yılında %61,3 oranda olan 65-74 yaş grubunun 2020’de %63,8’e yükseldiği; 75-84 yaş grubu oranının %30,7’den %27,9’a düştüğü ayırt edilmiştir. Daha önce %8,0 oranda- olan 85 yaş grubunun 2020 yılında %8,4’e yükseldiği bildirilmiştir.

Türkiye Nüfusunun Yaş Yapısı Değişti;

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %7’nin üzerine çıkması, yaşlı toplumu %10’un üzerine çıkması çok yaşlı toplumu ifade eder. Türkiye’de yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış gösterdi. Küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan "demografik dönüşüm" sürecinde olan Türkiye’de, doğurganlık ve ölümlülük hızlarındaki azalma ile birlikte sağlık alanında kaydedilen gelişmeler, yaşam standardının, refah düzeyinin ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması ile nüfusun yaş yapısı şekil değiştirdi. Çocuk ve gençlerin toplam nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış gösterdi. Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre hala genç bir nüfus yapısına sahip olsa da, yaşlı nüfus sayısal olarak oldukça fazladır.

Çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2015 yılında %12,2 iken, bu oran 2020 yılında %14,1’e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına 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 olacağı öngörüldü. Türkiye sağlık araştırması sonuçlarına göre 2014 yılında yaşlı nüfus içinde banyo yapma/duş almada zorluk yaşayanların oranı %19,1 iken bu oran 2019 yılında %22,1 oldu. Banyo yapma/duş almada zorluk yaşayan yaşlı nüfus oranı cinsiyete göre incelendiğinde, yaşlı erkeklerde 2014 yılında %11,9 iken bu oran 2019 yılında %14,5; yaşlı kadınlarda 2014 yılında %24,6 iken 2019 yılında %28,0 oldu.

Diğer taraftan, 2014 yılında yaşlı nüfus içinde yatağa girme/kalkma veya sandalyeye oturma/kalkmada zorluk yaşayanların oranı %19,0 iken bu oran 2019 yılında %20,6 oldu. Yatağa girme/kalkma veya sandalyeye oturma/kalkmada zorluk yaşayan yaşlı nüfusun oranı cinsiyete göre incelendiğinde, yaşlı erkeklerde 2014 yılında %13,2 iken bu oran 2019 yılında %14,0, yaşlı kadınlarda 2014 yılında %23,4 iken 2019 yılında %25,9 oldu.

2.4. Yaşlılık ve Sağlık

Yaşlılarda meydana gelen bazı biyolojik değişiklikler, tek başına yaşlanmaya bağlıken, diğer değişiklikler hastalıklar sonucu oluşur. Yaşlılarda, sağlığı ve hastalıkları değerlendirirken ve yönetirken, farklılığı anlamak ve tanımak her zaman mümkün olmasa da önemlidir. Yaş ilerledikçe ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, yaşlılık döneminin hastalıkları ile karıştırılmamalıdır. Fizyolojik değişiklikler geneli etkiler, ancak kalp hastalıkları, kanser gibi hastalıklar bireyi etkilemektedir. Yaşa bağlı olarak organların fonksiyonlarındaki yavaşlama, gerileme çok değişkendir; bu yüzden kişiler yaşlandıkça birbirlerinden farklılaşırlar (Abrams ve diğerleri, 2016). Hatta, bireyin kendisinde bile, farklı organları farklı oranda zayıflar, böbreklerin fonksiyonları, kalp ve akciğerlerden daha önce kötüleşebilir.

İntrensek yaşlanmanın etkilerini birçok faktör değiştirebilir. Bu faktörlerce oluşturulduğu düşünülen, gözlenen değişiklikler; olağan veya başarılı yaşlanma olarak sınıflandırılır. Olağan yaşlanma, yaşlanma ile görülen değişikliklere ek olarak hastalıkların, kötü çevre koşullarının ve yaşam tarzının birleşmiş etkileridir. Başarılı yaşlanma ise çevre koşullarından, yaşam tarzından veya hastalıklardan etkilenmeksizin sadece yaş almaya bağlı olan yaşlanmadır. Örnek olarak çoğu sedanter yaşam süren bireylerde, oksijen tüketimi azalır, ki bu olağan yaşlanmadır; fakat uzun süre sedanter yaşamdan sonra, oksijen kullanımının azaldığı dönemde düzenli olarak aerobik egzersiz yapmaya başlayan kişide oksijen tüketimi tekrar artış gösterir ki buna da başarılı yaşlanma denir. Başarılı yaşlanan kişiler, sedanter

yaşam süren gençlerle aynı düzeyde oksijen kullanabilirler. Bu yüzden, gençlerle yaşlılar arasındaki klinik farklılıklar sadece yaş almanın etkisi olarak kabul edilmemelidir. Bu farklılıklar; çoğunlukla hastalıklar ve yaşa bağlı etkilerin değişken karışımların etkisine bağlıdır. Engellilik veya anormal bulgular, yaşlanmadan ziyade, genellikle hastalık yüzünden olur (Abrams ve diğerleri, 2016).

Biyolojik fonksiyonlardaki çoğu yaşa bağlı normal düşüşler, yedek rezervleri azaltır. Başarılı yaşlanmada, bu değişiklikler hiçbir zaman klinik semptomlar ve hastalık oluşmasına neden olmaz, ancak başka faktörler yaşlıları etkilerse, azalmış rezerv problem oluşturabilir. Örnek olarak, yaşa bağlı serebral kan akımında normal azalmada semptom görülmez, ancak kullanılan antihipertansif ilaçlar ortostatik hipotansiyonu tetikleyerek senkopa neden olabilir. Yanık gibi, majör sistemik stres, fizyolojik fonksiyonlardaki azalma ve birçok organ sistemlerinin çalışmasını azaltarak yaşlılarda, gençlere göre daha çok ölüme neden olabilir.

Savunma sistemindeki azalmayla hastalıklara yatkınlığın artmasının yanı sıra, yaş da yaşlılardaki hastalıkların görülme şeklini de etkiler. Aynı şekilde, hipertiroidi gençlerde hiperaktivite ve tremor gibi belirtiler verirken, yaşlılardaki belirtileri, halsizlik, kalp yetmezliği ve konfüzyon olabilir. Hastalıkların patofizyolojisi de genç ve yaşlılarda farklı şekilde görülebilir.

2.4.1.Yaşlılarda Sık Görülen Kronik Hastalıklar

Kronik hastalık, kabaca bir seneden uzun süreli tedavi gerektiren ya da hastanın günlük yaşamında bir seneden fazla kısıtlamaya neden olan hastalık grubudur. Kronik hastalık, çok fazla risk faktörlerine bağlı olarak ortaya çıkabilen ve bireylerin yaşam kalitesini etkileyen, uzun süreli ve yavaş seyirli olup komplikasyonlar geliştirebilen hastalıklar olarak tanımlanabilir (Eti, Aslan ve Karadakovan, 2014). Kronik hastalıkların diğer belirgin özellikleri arasında uzun sürede ve bazen hiçbir belirti vermeden (asemptomatik) gelişebilmeleri nedeniyle tanı sırasında hastalığın ilerlemiş olduğu saptanabilir. Hastalık uzun seyirli özellik göstermesi nedeniyle ek sağlık sorunlarına da yol açabilir. Gelişen ilave sağlık sorunları nedeniyle de işlevsellik kaybına neden olabilir. Ayrıca kişinin fonksiyonelliğini ve yaşam kalitesini etkileyerek sadece bireyin değil, aynı zamanda aileler ve toplumlar içinde yıkıcı sağlık sonuçlarına neden olarak sağlık sistemlerini tehdit etmektedir (WHO, 2018).

2.4.2. Yaşlılık Döneminde Biyolojik Değişimler

Yaşlılık döneminde görülebilen biyolojik değişimler aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

- Telomerlerin kısalması, telomeraz aktivitesinin sonlanması,
- Oksidatif stres ve mitokondriyal hasar,
- Apoptoz,
- Glikozilasyon,
- Protein sentezinin azalması,
- Belleğin hücrelerinin kazanılması,
- Fiziksel ve kimyasal yıkıcılar vücut hücrelerini yıpratması,
- Doğal veya yapay bazı maddelerle ortaya çıkan ölüm,
- Tüklenen genler,

2.4.3. Yaşlılık Döneminde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşın ilerlemesi ile birlikte, temelde vücudun yapı taşlarında ve bağ dokusunda değişiklikler başlar. Bu değişiklikler, aynı zamanda doku ve organları da etkileyerek sistemlerin işlevlerinin azalmasına ve/veya sistemlerin stres ile baş edebilme yeteneğinde azalmaya neden olan süreci başlatır ki; bunu da yaşlanma olarak tanımlarız.

Vücut sistemlerinde meydana gelen değişiklikler aşağıda belirtilmiştir:

• Kas-İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler;

Kas iskelet sisteminin bütünlüğünde temel rol oynayan ve bahsetmeye en layık olanlar, eklem kıkırdağı, kemik ve yumuşak dokulardır. Kemik dokusu ellili yaşlardan itibaren,

kadınlarda daha belirgin olmak üzere, her iki cinstede ilerleyici bir şekilde azalır ve osteoporoz süreci başlar. Kemik hacmi ve kütlesi azalır. Bu azalmalar sonucunda kırık riski artar. Kemik yapımı ve yıkımı belli bir yaşa kadar dengeli giderken; yaşlanma ile birlikte bu denge kemik yıkımı lehine bozulur.

Eklem dışındaki kıkırdak yapı, kulak ve burunlarda daha belirgin olarak görüldüğü gibi yaş ilerledikçe gelişme gösterir. Yaşlanma ile birlikte kıkırdak dokuda kristalizasyon ve kalsifikasyon alanları artar. Diz eklem kıkırdağının kalınlığı yılda yaklaşık olarak 0,25 mm azalır. Özellikle eklem aralığındaki sıvının azalması, mineral depozitleri ile birlikte eklem hareketlerini kısıtlamaya başlar. Zaten incelmış olan kıkırdak hasarlanmaya açık hale gelir. Bu hasarlanma, diğer organlardan daha yüksek basınca maruz kalan kalça ve diz eklemlerinde osteoartrit ve nihayetinde osteoartroza yatkınlığı artırır ki bu durumda, eklem hareketleri ileri derecede kısıtlanır.

- Kas-tendon yapılarına gelince; yaşın ilerlemesi ile birlikte, kas kuvveti, dayanıklılığı, büyüklüğü ve kütlesi azalır. Yetmişli yaşlarda, yaklaşık %40 kas kütle kaybı ve %30'a ulaşan kuvvet kaybı meydana gelir (Collins, 2013). Kas hücreleri bölünerek kendilerini yenileyemezler. Kas gücü otuzlu yaşlarda artmaya devam ederken, ellili ve altmışlı yaşlarda plato oluşturur ve yetmişli yaşlarda azalmaya başlar (Bemben ve diğerleri, 1991). Sarkopeni, kas kütlesinin ve fonksiyonlarının giderek kaybını içeren, progresif ve yaygınlaşmış iskelet kas bozukluğu olup düşmeler, fonksiyonlarda azalma, kırılabilirlik ve sonucunda sakatlık ve ölüm gibi sonuçlara neden olabilir. Yaşa bağlı olarak meydana gelen bu durum, sadece genetik ve sağlık ile ilgili risk faktörlerine bağlı değildir; fakat aynı zamanda yaşam boyu sürdürülen beslenme ve fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ne ölçüde benimsediğinin de bir sonucudur. Yaşam süresince belirgin ve etkin önleyici stratejiler uygulamak sarkopeniyi önlemede temel amaç olmalıdır (Cruz, 2019).

Kemik yapıda değişiklikler kısaca özetleyecek olursak;

- Osteoblast ve kondrosit gibi diferansiye hücrelerin matriks bütünlüğünün devamlılığında azalma ile sonuçlanan azalmış sentezleme kapasitesi,
- Mezenkimal kök hücre sayısında azalma,
- Kollajen gibi yapısal proteinlerin modifikasyonunda azalma,
- Kas iskelet doku matriksinde proteoglikan fragmentleri gibi degrade moleküllerin birikmesi,

- Büyüme hormonları gibi etkin hormonlar dolaşımının azalması,
- Tüm bu mekanizmalarla ortaya çıkmış olabilen, yara iyileşmesi ve doku tamir kapasitesinde azalma, kas iskelet sisteminin yavaşlamasında rol oynayan mekanizmalardan bazılarıdır.

• Deri

Yaş ilerledikçe, fizyoloji ve hormonal dengenin değişmesi ve maruz kalınan çevresel etmenler sonucunda deride birtakım değişiklikler görülür. Özellikle güneş ışınlarındaki ultraviyole, deridefoto-yaşlanmaya neden olur. Rüzgar, bulunan ortamdaki nem, sigara ve benzeri toksik maddelere maruz kalmak da deri sağlığını etkiler. Derinin hücre yenileme hızı yaştan ilerlemesi ile birlikte azalır ve sonucunda epidermis tabakası inceler, meydana gelen küçük hasarların iyileşmesinde gecikme, bariyer fonksiyonu ve ısı regülasyonu gibi önemli fonksiyonlarda bozulma ortaya çıkar.

Cilt altı yağ dokusunun azalmasının yanı sıra, bağ dokusu kaybına kollajen ve elastin liflerindeki azalma da eşlik eder. Bu değişiklikler sonucu ciltte kırışıklıklar artar, soğuğa dayanıklılık azalır; derinin elastikiyeti kaybolur, deri daha çabuk hasarlanır. Yaşlı bireylerde tırnaklarda da değişimler meydana gelir, tırnaklar kuru ve gevrek hal alır, opaklaşarak gri renge yakın bir renge döner. Ayak tırnakları kalınlaşır. Deride meydana gelen tüm bu değişimler nedeniyle, yaşlılarda deri bakımı ve hijyeni çok önemlidir.

• Solunum Sistemi

Yaşam süresinin uzamasının solunum sistemi de dahil olmak üzere pek çok organ sistemi üzerine çeşitli etkileri vardır. Solunum sisteminin yaşlanmasında, cinsiyet, genetik yapı, çocukluk döneminde geçirilmiş solunum sistemi hastalıkları, toksik gazlara çevresel ve mesleksi maruziyet, sigara ve tütün türevlerini içmek, beslenme ve düzenli fiziksel egzersiz gibi faktörler rol oynamaktadır (Karakaya, 2006). Akciğerler kadınlarda 20, erkeklerde 25 yaşına kadar gelişimini sürdürür ve 35 yaş sonrasında akciğer fonksiyonlarında yavaş yavaş gerileme başlar, 55 yaşlarına doğru solunum kas gücü azalmaya başlar (Sharma ve Goodwin, 2006). Akciğerlerde en bariz görülen değişiklik, elastikiyetin -yani daha çok hava alabilmek için genişleyebilme kapasitesinde- azalması ve küçük havayollarında daralma meydana gelmesidir. Bu değişiklikler sonucunda vital kapasitede azalma olur.

Yaşlanma; akciğerin sadece fizyolojik fonksiyonunu (ventilasyon ve gaz değişimi) değil, aynı zamanda akciğerlerin kendini koruma yeteneğini de etkiler. Bu değişikliklere neden olan spesifik mekanizmalar tam olarak bilinmemektedir. Örneğin, pulmoner

fonksiyonlardaki progresif azalmanın çevresel toksinlere maruz kalmaya bağlı mı, yoksa mevcut solunumsal rezervin ve onarımın yaşlanmayla birlikte subklinik ve progresif olarak iflas etmesinden mi kaynaklandığı bilinmemektedir.

Yaşla birlikte hava yolu obstrüksiyonunun ilişkisi, kısmen, inflamatuvar hasarların üst üste birikmesi ile de açıklanabilir. İnflamatuvar mediatörler ve humoral (elastaz-anti-elastaz ve oksidan-antioksidan) mediatörler arasındaki dengenin defalarca bozulması, inflamatuvar akciğer hasarı ve havayolu obstrüksiyonu ile sonuçlanan nötrofil artışı sigara içenlerde ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Artan çevresel oksidan hasarlar, her ne kadar daha az olsa da, sigara içmeyenlerde de akciğer hasarı oluşturabilir.

Ventilasyon ve gaz dağılımındaki yaşa bağlı değişiklikler, primer olarak akciğer kompliyansı ve göğüs duvarı değişikliklerinden kaynaklanabilir. Yaşla birlikte, göğüs duvarı zamanla sertleşir, bunun da nedeni muhtemelen kıkırdak dokunun kemikleşmesi ve progresif dorsalkifozdur. Tüm bunlar fonksiyonel rezidüel kapasite ve rezidüel volümde artışa neden olur, yani akciğerlerde fazla hava kalır. Elastik liflerin kaybıyla beraber, havayolu çapında azalma, havayolunun erken kapanması ve ventilasyonun yanlış dağılmasına neden olur. Ventilasyon-perfüzyon dengesizliği ve sonunda arteriyel oksijen basıncında azalma olur. Alveollerin hasar görmesi ve beraberinde gelişen kapiller yatak kaybı sonucu, gaz değişimi için gerekli yüzey alanında azalmaya neden olur. Öksürük etkinliğinde azalma gibi temizleme mekanizmaları, humoral (kan immünglobülin düzeylerinde azalma) ve hücrel immünite (lenfosit fonksiyonlarının baskılanması) gibi akciğerin savunma mekanizmaları da yaş ilerledikçe azalır.

● Kardiyovasküler Sistem

İlerleyen yaş ile birlikte, kalp ve damar sisteminde morfolojik ve fizyolojik birtakım değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişiklikler iki ana başlıkta toplanabilir: 1.Yapısal Değişiklikler, 2.Fonksiyonel Değişiklikler.

1. Yapısal Değişiklikler

Yaşlanma, kalp ağırlığında artışa neden olur. Miyokardın ekstraselüler matriksinde histolojik olarak görülen değişimler; lipid birikimin de artmaya bağlı olarak fibröz iskelet, kapak halkası ve koroner arterlerde kalsifikasyon, lokal hipertrofilerle birlikte miyokard

liflerinde büzülme ve mitokondride azalmaz. Yetmi  ya  üzerindeki bireylerin yarısına yakın kısmında, kardiyovasküler sistemde amiloid toplanması olur (Yavuz ve Nazlı, 2006).

Yaşlanma arttı a aort kapak yapraklarında, aort vemitralanulusunda, semilunar kapak bazalinde kalsifikasyon olur. Aort kapağı sklerozisine kalsiyum birikmesi de eklenince kapak açıklığı daralmaya ba lar. Aort sklerozisinin diğer damarlardaki aterosklerotik de i melerle paralel gittiğı de gösterilmiştir. Hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara, son dönem böbrek yetmezliğı, biküspit kapak ve erkek cinsiyet aort kapak hastalığının ilerlemesinde risk faktörleri olarak gösterilmektedir. Sağıklı bireylerde, ya ın ilerlemesi ile büyük damarlar uzar, kıvrıntılı ve dilate olur. İntimavemedy tabakası başta olmak üzere, damar duvarları kalınlaşır. Kollajen doku ve kalsifikasyon artışı olur, intimada erken aterosklerozda olu anlara benzer değişiklikler gelişir. Ya lanmayla birlikte, aortta genişleme ve kompliansında azalma olur.

2. Fonksiyonel De i iklikler

En önemli fizyolojik değişiklik sol ventrikül dolumunda gecikmedir. Kalbin sistolik ve diyastolik fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelir. Kalbin sistolik fonksiyonunda pek bir bozulma görülmezken, diyastolik fonksiyonda özellikle 20 ila 80'li ya lar arasında %50'lik d  me görülür. Diyastol n bozulmasında kısmen kollajen içeriğinin artması ve elastin liflerinin bozulması sorumlu tutulmaktadır (Miller, 1986). Ya lı kalpteki hücre içi kalsiyumun tekrar hücre içi depolara alımındaki bozulmanın da diyastolün bozulmasını etkileyen başka bir mekanizma olduğı saptanmıştır. Bir  nceki sistolden kalan hücre içi kalsiyumun uzaklaştırılması geciktiğı için, kalp kasının gevşemesi gecikir. Ayrıca, ileri yaşta kalp kasının beta reseptör sayısı ve duyarlılığı da azalır, bu da kalp hızının azalmasına neden olur (Gates ve diğerleri, 2003).

Arteriyel duvarların kalınlaşması, kalsifiye olması ve elastikiyetini kaybetmesi ile oluşan arteriyoskleroz, ya lanan damarları ateroskleroza yatkın kılar. Aort adilate olur ve medial tabaka kalsifikasyonuna bağılı damar duvarı kalınlaşır. Ya lanmayla birlikte, endotelial geçirgenlik, buna bağılı olarak damar duvarında inflamatuvar marker ve mediatörler artar; endotelden nitrik oksit salınımı azalır. Bu değişikliklerin nedeni olan hücrelerin ya lanmasında artış ve apoptozis, endotel hücre kitlesinde azalmaya neden olur. Damarlar daha çok oksidatif strese maruz kalır. Yaşlanma ile kardiyovasküler sistemdeki fizyolojik değişiklikler, spesifik bir yaşta ortaya çıkmaz ve herkeste aynı hızda ilerlemez. İnsanda ya lanma işaretleri, sistolik kanbasıncında, nabız basıncında, nabız dalga hızında ve

sol ventrikül kitlesinde progresif artma ile koroner arter hastalığı ve atriyal fibrilasyon insidansında meydana gelen artıştır.

● Sindirim Sistemi

Sindirim sistemi dediğimizde; ağız, özofagus, mide, ince bağırsaklar, pankreas, karaciğer ve kalın bağırsaklardan bahsetmeliyiz. Yaş almayla birlikte özellikle ağız yapısında, 65 yaş üzerindeki kişilerde değişiklik meydana gelir, ilk önce diş kayıpları meydana gelir. Meydana gelen diş kayıpları da çiğnemeyi etkiler. İleri yaşlarda daha çok görülen osteoporoz, mandibulayı ve temporomandibular eklemi de etkiler. Tükürük salgısı azalır, dilin tat tomurcuklarında atrofi meydana gelir. Özofagusta da değişiklikler meydana gelir, kasılma gücü azalarak, alt sfinkteri gevşer ki bu da reflüye neden olabilir.

Mide fonksiyonlarında da değişiklik meydana gelir, salgılama ve motilitesinde değişiklik görülür. Yaş ilerlemesiyle birlikte atrofik gastrit görülür (%10-50). Asit içeriğinde azalmayla birlikte, mide boşalması da gecikir (Evans ve diğerleri, 1981). Yaşlılıkta ince bağırsaklarda çok önemli değişiklikler meydana gelmezken kalın bağırsaklarda önemli fizyolojik değişiklikler meydana gelir, buna bağlı olarak kolonun pasajında yavaşlama olur,transit süresi uzar.

Pankreasta ise; atrofi, lipidin filtrasyonu, fibrozis ve duktal epiteliyal hiperplazi gibi değişiklikler görülür. Pankreasın salgılama işlevlerinde meydana gelen değişiklikler, ileri yaşta ortaya çıkan Diyabetes Mellitus gelişimine neden olur. Karaciğeri ele alacak olursak, hacminde ve portal kan akımında azalma olur, rengi koyulaşır, ancak karaciğer fonksiyon testleri normal düzeyde kalır. Fonksiyon testleri normal olsa da, metabolize etme kapasitesi azalır ki ilaçların eliminasyonunda önemli bir durumdur. İleri yaşta safra kesesinde de değişimler meydana gelerek salgılama azalır, akım yavaşlar ve safra taşı görülme sıklığı artar.

● Endokrin Sistemi

Yaşlanma ile birlikte hem hormonal salgılama ve hem de hormonun hedeflediği organ fonksiyonlarında değişiklikler olur. Melatonin, büyüme hormonu, D vitamini, kortizol, aldosteron, östrojen, testosteron seviyelerinde belirgin azalma olurken, tiroid hormonlarında çok fazla değişiklik görülmemiştir.

● Bağışıklık Sistemi

Yaşlanmayla birlikte bağışıklık sisteminin ana elementlerinde de ciddi körelme olduğundan, immün yanıt ve aşılara verilen cevap gençlere göre küntleşir. Yaşlı bireylerin

kanser hücreleri ve enfeksiyonlar ile mücadele etme kapasitelerinin azalmasının nedeni de buna bağlıdır.

• Ürogenital Sistem

40 yaşından itibaren nefronlarda hem büyüklük olarak ve hem de sayısal olarak azalma başlar. Kanlanma azalır, filtreleme süresi uzar. Bu nedenle ilaç dozlamaları daha da önem kazanır. Erkeklerde %80 oranında benign prostat hiperplazisi görülür ki bu durumda prostat bezinin üretraya basısı nedeniyle idrar yapma güçleşir. Kadınlarda da doğumlar ve pelvik kasların zayıflamasına bağlı olarak acil işeme dürtüsü ortaya çıkar. Hem kadınlarda ve hem de erkeklerde idrar kesesinin genişleme kapasitesi bozulur, mesane tama yakın dolar ve buna bağlı acil işeme dürtüsüyle altına kaçırma (stres inkontinans) görülür. Zamanla bu durum sosyal bir problem haline gelebilir. Yaşlanmayla birlikte etkilenen diğer bir işlev de cinselliktir.

• Sinir Sistemi

Beynin metabolik ihtiyacı çok fazla olduğundan, beyin dokusu için gerekli oksijen ve besinler için beyin perfüzyonu hayati önemlilik taşır. Beyin perfüzyonu yaşam için temeldir, çünkü beyin dokusu için gerekli oksijen ve besinleri içeren kan akımına ihtiyaç vardır. İleri yaşlarda tüm organlarda olduğu gibi beyin damarlarında da değişiklikler meydana gelir, yaşlanmayla birlikte serebral otonöregülasyon bozulur. Kan basıncı, oksijen ve karbondioksitin etkisi ve serebral metabolizmaya yanıt; mikrovasküler değişiklikler, kontrol altına alınmamış hipertansiyon, kardiyak disfonksiyon ve sigara içme gibi durumlara bağlı olarak azalmıştır. Yaşlanma esnasında, spesifik taşıyıcılar tarafından taşınan besinler ve hormonların kan beyin bariyerinden selektif olarak geçirilme yeteneği azalır. Daha da önemlisi, yaşa bağlı olarak kalınlaşma, esneklikte azalma, apoptoz ve inflamatuvar birleşen glial proliferasyon gibi arteriyel endotel duvarındaki değişiklikler, kan beyin bariyerinde geçirgenliğin bozulmasına, nörodejeneratif hastalıklara ve multi-infarkt demansa neden olabilir. Temel olarak, kan beyin bariyerinde yaşlanmayla meydana gelen değişiklikler, beyin farklı metabolizmalara ve beyin hücre hasarına neden olan toksinlere maruz kalmasına neden olur, sonuçta inme gibi akut olaylar görülebilir.

2.4.4. Yaşlılarda Fonksiyonel Yetersizlik

Kişilerin günlük aktivitelerini sorunsuz ve rahatça yapabilmeleri için, temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri, sağlık durumu ve refahlarını sürdürmeleri gereklidir. Fonksiyonel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yaşam alanlarındaki günlük aktivitelerini uygulayabilme kapasitesini gösterir (Kaptan, 2017). Yaşlılarda görülen fonksiyonel değişiklikler yaşın ilerlemesine bağlı değişiklikler olabileceği gibi, sosyal faktörler veya hastalıklar nedeniyle de gelişebilir. Kas iskelet sistemindeki yapısal veya fonksiyonel değişiklikler, inme, diabetesmellitus, inkontinans gibi kronik hastalıklar veya duygu durum bozuklukları, fonksiyonel kısıtlamalar için önemli göstergelerdir. Bireylerin fonksiyonel kapasiteleri; Temel Günlük Yaşam Aktivitesi (TGYA), Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA), Yürüme ve Denge Durumu gibi ölçekler ve düşmelerin sorgulanması ile değerlendirilir. Sonuçta kişilerin rehabilitasyon gereksinimleri belirlenir.

2.4.5. Yaşlılarda Kırılganlık

Yaşın ilerlemesi ile birlikte organlarda fizyolojik rezerv azalır. Fizyolojik rezervin azalması ile birlikte, farklı organ ve sistemlerde meydana gelen gerilemeye bağlı olarak fonksiyonel kapasitede azalma; intrensek veya ekstrensek stres etkenleri ile başa çıkma yetisinde bozulma ve homeostazı sürdürme yeteneğinde azalma meydana gelmektedir. Güçsüzlük, denge kaybı, yorgunluk, fiziksel aktivitenin düşmesi, motor fonksiyonlarda azalma, strese duyarlılığın artması, sosyal yalnızlık, hafif bilişsel değişiklikler kırılganlığın bileşenlerini içerir. Fried ve diğerleri (2001), yaptığı tanım ile kırılganlığın beş göstergesi 'Düşkünlük İndeksi'ne göre aşağıdaki 5 kriterden 3'ünün gözlenmesi kırılganlığı tanımlayabilir:

- İstemsiz Kilo Kaybı
- Bitkinlik
- Fiziksel Aktivitenin Az Olması
- Yavaşlık
- Güçsüzlük/Dermansızlık Olması

2.4.6. Yaşlılarda Beslenme ve Destek Gereksinimleri

Yaş almış bireyler daha uzun süre yaşadıklarından, birden fazla kronik hastalıkları olabilir ve bunlar iyi yönetilemediğinde, yaralanma veya fonksiyonel yetersizlikler ortaya çıkabilir. Bu kişiler ev ortamından farklı olarak hastane ve bakımevi gibi yerlerde bulunabilirler; bu durum sağlık ve fonksiyonel kapasitelerini etkileyebilir. Yaşlanmaya bağlı olarak gelişen fizyolojik değişiklikler, sosyoekonomik ve psikolojik nedenler, kronik hastalıklar, ilaç besin etkileşimleri yaşlı bireylerin besin tüketimini etkileyen en önemli faktörlerdir. Mide asidi salgısında azalma, barsaklardan besinlerin emiliminde azalma yaşlılarda beslenme durumunu etkiler. Ayrıca ağız dış sağlığında meydana gelen değişiklikler, duyu kayıpları da beslenmeyi etkiler. Özellikle Alzheimer ve Parkinson hastalığı olanlarda koku alma duyusundaki bozukluk daha belirgindir (Dişçigil, 2019). Tüm bunlara ek olarak da demans, depresyon, stresli yaşam koşulları, yalnız yaşama, yalnız yemek yeme yaşlı bireyin besin tüketimini azaltan faktörlerdendir.

Kronikobstruktif akciğer hastalığı (KOAH), kalp, karaciğer, böbrek yetmezliği, kronik pankreatit, iltihabi barsak hastalıkları, neoplazm gibi kronik hastalıklar da protein enerji malnütrisyonu ve kilo kaybının yaygın nedenleri arasındadır (Rakıcıoğlu, 2006). Yaşlı bireyler, diğer yaş gruplarındakilere göre kendilerini daha az aç hissederler ve çok çabuk doygunluğa ulaşırlar. İştahta meydana gelen azalma, besin tüketiminde azalmaya ve bu durum da enerji tüketimi, protein, kalsiyum, demir, çinko, B vitaminleri gibi besin öğelerinin günlük alınımında yetersizliğe neden olmaktadır. Yirmili yaşlarda olan bir birey ile kıyaslandığında, 80'li yaşlarda bir bireyin besin tüketimindeki azalmanın %30'un üzerinde olduğu bildirilmiştir (Kontush ve Schekatolina, 2004; Garfinkel ve Mangin, 2010). Tüm bu sebeplerden dolayı da yaşam kalitelerinin iyileştirilebilmesi, yaşamlarını sağlıklı şekilde devam ettirebilmeleri için, uygun ve kaliteli beslendiklerinden emin olmak gerekir.

2.4.7. Yaşlıların Psikososyal Durumları

Yaşlılarda psikososyal problemlerin görülme sıklığı belirgin oranda fazladır. 1950’li yıllardan beri yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, 65 yaş üzeri bireylerde %15-%25 arasında değişen oranlarda olmak üzere, ciddi duygu durum bozukluğu dokümente edilmiştir (Abrams ve diğerleri, 2016). Entelektüel fonksiyonlarda ve hafıza düzeyinde azalma, uyku düzeninde bozulma, seksüel kapasitede azalma ve ölüm korkusunun yerleşmesi, intihar riskinin artması başlıca görülen durumlardır.

2.4.8. Yaşlılarda İletişim Sorunları

İletişim, evrensel bir deneyimdir ve insan yaşamında iletişimin olmadığı bir alan hemen hemen yok gibidir. En yalın tanımıyla iletişim, insanın kendini, duygu ve düşüncelerini, ihtiyaçlarını anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İletişim, “fikirlerin, duyguların, düşüncelerin, niyet ve gereksinimlerin insanlar arasında karşılıklı olarak iletildiği bir süreçtir”. Günümüzde insanlık, uzaydaki insanla haberleşecek “iletişim teknolojilerini” geliştirdiği halde, en yakınlarıyla ve diğer insanlarla konuşmakta ve birbirlerini anlamakta zorlanmaktadır.

Yaşlılarla iletişimde yetersizlik en büyük sorunlardan biridir. Bu durum, hem yaşlılarda ve hem de onlarla ilgilenen kişilerde çatışmanın meydana gelmesine neden olabilir. İletişimin yaşlı bireylerde daha az etkin olmasının birçok nedeni vardır. Bununla birlikte, en sık karşılaşılanlar, işitme sorunu veya düşüncelerin net olarak ifade edilememesidir. Yaşlılarda iletişim sorunları sıralanacak olursa;

- İşitmede azalma; kişiler yaş alırken birtakım anatomik değişiklikler de meydana gelir. İşitmede azalma da normal yaşlanma prosesinin bir sonucudur. ABD Sağlık Enstitüsü (NIH) verilerine göre, 60 yaş üzerindeki her üç kişiden birinde işitme güçlüğü görülmekte ve bu oran 80 yaş ve üzerinde yüzde ellilere çıkmaktadır. İşitme kaybının varlığı fark edilmezse pek çok probleme neden olabilir.
- Bilişsel fonksiyonlarda azalma-Alzheimer hastalığı ve Demans; Beynin iletişim ile ilgili bölgeleri hasar gördüğünde sorunlar ortaya çıkar.
- Görme bozuklukları; Gözde kırma kusuru nedeniyle küçük yazıları okuyamazlar.

- İlaç tedavilerinin etkileri; düzeltilebilir etkilerdir. Kronik hastalıklar nedeniyle yaşlılar fazla ilaç almaktadırlar ve bu durum onların çabuk yorulmasına ve kafa karışıklığı gelişmesine neden olabilir, bu da iletişimde sorun yaratabilir.
- Parkinson; Parkinson hastalarında bazal gangliyonların hasarlanması ile konuşma problemleri ortaya çıkar. Bu problemler; ses değişiklikleri, telaffuz etmede zorluk veya konuşma akışkanlığının kaybolması olabilir. (NIH, 2013)

İletişim Sorunlarını Gidermek İçin Yapılması Gerekenler;

- Sabırlı olmak ve iş birliğine açık olmak, onlara zaman ayırmak gerek,
- Bir problemin var olduğuna emin olunca çözümü için hemen harekete geçmek, sorunun kaynağını tespit etmek gerek,
- İletişim halindeyken dikkatlerini dağıtacak hareketlerden uzak durmak,
- Yüz yüze, göz kontağı kurarak konuşmak,
- Sabırla dinlemek,
- Kısa ve basit, anlaşılabilir cümleler kurmak,
- Yavaş, net, anlaşılır ve biraz yüksek sesle konuşmak,
- Sorun görmede veya işitmede ise, gözlük veya işitme cihazı gibi yardımcı aparatların alınmasını sağlamak,
- Her seferinde bir konu üzerinde konuşulması anlaşabilmek için çok gereklidir. Fazla bilgi yaşlı bireyin kafasını karıştırabilir.
- Yapmaları gereken şeyler, kısa ve açıklayıcı liste yapılarak ellerine verilebilir.
- En önemli noktalar sık sık özetlenip, vurgu yapılabilir.
- Yaşlı bireylerin soru sormasına ve kendilerini ifade etmelerine izin verilmeli, sabırlı olunmalıdır.
- Görsel materyaller yaşlı bireylerin daha iyi anlamasını sağlar, o yüzden konuşmak yerine yazarak veya modeller, grafikler ve resimler kullanılabilir.

Sağlık çalışanlarının da dikkat etmesi gereken noktalara vurgu yapmak gerekirse;

- Yaşlı bireyleri günün erken saatlerinde muayeneye çağırmak daha iyi olur, zira daha ileri saatlerde yorulurlar.

- İsimleri ile hitap etmek önemsendiklerini anlamalarını ve kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar.
- Mümkünse daha sessiz ve konforlu alanda bekletmek, gürültü nedeniyle kafalarının karışmasını engeller.
- Bekleme alanının ışıklandırması iyi olmalı, böylece yazılı materyalleri rahatça okuyabilirler.
- Hareket kısıtlılıkları olabilir, mümkünse yardımcı olunmalı.
- Yaşlıyı odada yalnız bırakmak gerektiğinde sık sık kontrol etmek yalnızlık hissine kapılmalarını ve panik olmalarını engeller
- Yaşlının konforlu olması sağlanırsa, sağlığı hakkında güvenilir ve doğru bilgi alınabilir. Hafifçe sırtına dokunmak ona güvende olduğu duygusunu verir (NIH, 2013).

2.5. Yaşlılara Karşı Tutum ve Davranışlar

Yaşlı ayrımcılığı terimi, ABD Ulusal Yaşlılık Enstitüsü ilk direktörü olan Robert Butler tarafından ilk kez 1969 yılında kullanılmıştır. Yaşlı ayrımcılığı terimi literatürde, yaşlılara yönelik davranış ve tavırlar ile yaşlı bireylere karşı önyargıları tanımlamak için kullanılmıştır. Bireylerin sadece yaşları nedeni ile deneyimledikleri her türlü tavır, önyargı, tutum ve davranışları kapsamaktadır ve bu durum hem olumlu, hem de olumsuz olabilmektedir (Pekçetin, 2018). Yaşlı ayrımcılığının daha sık olarak ailede, daha sonra sosyal ve cinsel hayatta ve sağlık hizmeti sunucularında görüldüğü belirtilmiştir.

Yaşlıya biyolojik bakış açısı, yaşlılığın olumsuz olarak algılanmasında temel nedenlerden biridir. Türk kültüründe, yaşlıya saygı, yaşlının sözünü dinleme ve sahip çıkma geleneksel ve değişmez bir beklenti iken; yaşlının toplum içindeki statüsü ve saygınlığı günümüzde değişmektedir. Hem toplum içinde ve hem de sağlık sektöründe bulunan birçok insan, yaşlanma ile ilgili gerçekler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarından, yaşlıları zayıf, hasta ve yaşadıkları topluma çok az katkı yapan insanlar olarak algılamaktadır. Bu insanlar ölümden korktukları için yaşlanmaktan korkarlar; bu korku da toplum içerisinde yaşlı insanları kabullenmeyi reddetmelerine neden olur.

Yaşlı ayrımcılığının ortaya çıkmasında psikolojik yaklaşım dışında rol oynayan diğer faktör sosyobiyolojik yaklaşımdır. Tarih boyunca gençlik, enerji, güç, verimlilik gibi özelliklerle simgelenmiş; yaşlılık ise düşük statüde görülmüş ve kalan sınırlı ömürle özdeşleştirilmiştir. Sanayi öncesi dönemden beri yaşlıların toplumda değersizleştirilmesi gibi kültürel unsurlar yanı sıra yaşlıların ekonomik olarak üretime katkılarının sınırlı olması (ekonomik yaklaşım) da yaş ayrımcılığına yol açmaktadır. Bazı sinema, televizyon ve diğer medya kuruluşları da yaşlıları, sorunlu, hasta, başkalarına muhtaç ve üretmeyen bireyler olarak yansıtmaktadır. Kuşak farklılıkları ve kullanılan yaş ayrımcı dil gibi iletişim dili farklılıkları da yaşlılara yönelik farklı tutumlarda rol oynayabilmektedir. Medyada yaşlılara yönelik ayrımcı dil kullanılması ve sergilenen yaşlı imajı, tüm toplumda yaşlıları tek tipleştirme yoluyla sistematik önyargılar oluşumu ve sonuçta yaşlı ayrımcılığını körüklemektedir. Böyle olumsuz yaklaşımlar, yaşlılık ya da yaşlanma sürecinin diğer kişiler tarafından yetersiz ve olumsuz algılanmasına katkı sağlayabilir; sonuçta yaşlının özgüvenini, beklentilerini, umut ve motivasyonunu etkileyebilecektir. (Akdemir, 2008; Zehirlioğlu, 2016). Sonuçta toplumun değişen sosyo kültürel yapısı, iletişim ve davranış değişiklikleri, bireylerin ve toplumun yaşlılığı algılayışı; yaşlıya yönelik çeşitli sorunlara yol açmakta ve sunulan hizmetleri etkilemektedir. (Akdemir, 2008). Uzmanlar yaşlı ayrımcılığının ortaya çıkmasında etkili faktörler olarak, yaşlı bireylerde depresyon görülmesi, yetersizlik, erken bağımsızlık kaybı ve mortalitenin artması ve sonucunda yaşlıya yönelik bakımın kalitesinde azalma meydana geldiğini vurgulamaktadırlar (Akdemir, 2008).

Yaşlı ayrımcılığının gelişmesinde rol oynayan bazı faktörler ise;

- Ölümünden duyulan korku, ölüm ve yaşlılığın eş anlamlı olarak algılanması,
- Bedensel güzelliğe ve cinselliğe, ekonomik verimliliğe ve üretime verilen katkı miktarlarının azalması,
- Yapılan çalışmaların çoğunluğu huzurevi, bakımevi ya da hastane gibi kurumlarda yapılması nedeniyle, yaşlıların sürekli bakıma muhtaç olarak algılanması olabilir.

Yukarıda da açıklandığı gibi yaşlılıkla ilgili kalıplaşmış önyargılar, başta medyada ve sosyal çevrede sohbet ortamlarında olmak üzere, sağlık ve eğitim sektörlerinde ve çalışma hayatında da çok yaygındır. İş dünyasındaki yaş ve yaşlı ayrımcılığı işe giriş, zorunlu emeklilik, ek ödemelerde ve tazminat gibi durumlarda daha sık gözlenir. Yaşlı nüfusun ve yaşlı hasta sayısının artması ile birlikte sağlık alanında ve sağlık sektör çalışanlarında yaşlı ayrımcılığı giderek artmaktadır. Hemşirelik ve tıp öğrencileri ile diğer sağlık alanında eğitim

gören öğrenciler, eğitimleri sırasında kısmen hocalarını ve diğer sağlık çalışanlarını gözlemleyerek ve hastalarla temasları yolu ile yaşlılara karşı önyargı geliştirebilmektedirler. Sağlık ekibinin yaşlı hastanın tedavisiyle ilgilenmek istemedikleri, yaşlı hastalara çok reçete yazıldığı ve yaşlı kadın hastaların sağlık sorunlarının pek önemsenmediği de çalışmalarda gösterilmiştir (Akdemir, 2008).

Dünyada 65 yaş ve üzeri bireylerin artması ve yukarıda saydığımız nedenler göz önüne alındığında, yaşlı ayrımcılığını belirlemek, gerektiğinde müdahale etmek için, birçok araştırmacı tarafından farklı içeriklere sahip tutum ölçekleri geliştirilmiştir. Çalışmalarda kullanılan başlıca ölçekler University of California at Los Angeles Geriatric Attitudes (UCLA GA) Tutum Ölçeği, KOGAN Testi ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ)'dir.

2.5.1. Tutum Ölçekleri

2.5.1.1. UCLA GA (University of California at Los Angeles Geriatric Attitudes)

Popülasyonun değişen demografik yapısı, yaşlı bireylerin özel sağlık bakımı gereksinimleri nedeniyle birinci basamak asistanlık eğitiminde geriatrik içerik artırılmıştır. Eğitim içeriğinde; yaşlı bireylere karşı tutumların geliştirilmesi, sağlık bakımı vermenin iyileştirilmesi ve aynı zamanda geriatrik bilincin artırılmasına yönelik uygulamalar yapılmaktadır. Bu gelişmelere bağlı olarak, daha önceki yıllarda MSAS (Maxwell ve Sullivan) tutum ölçeği gibi birçok tutum ölçekleri geliştirilmiş olsa da, bu ölçeklerin içeriğinin günümüz kavramlarını yansıtmadığı ve güvenilirliğinin daha düşük olduğu kanısına varılarak araştırmacılar ve eğiticiler; sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı tutumunu belirleyecek daha güvenilir ve geçerli bir ölçeğe ihtiyaç duymuşlardır. Reuben ve diğerleri (1998)'de UCLA GA (University of California at Los Angeles Geriatric Attitudes) tutum ölçeğini geliştirmiştir. Daha önce farklı ölçeklerle yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının yaşlılara tutum değerlendirmelerinde, belki de bu ölçeklerin kısıtlılıklarından dolayı, tutarsızlıklar olduğu görülmüştür. Bunun sonucu olarak geliştirilen UCLA GA ölçeğinin, kısıtlamaların bazılarını bertaraf edebilecek kesin psikometrik öğeleri mevcuttur. 14 soruluk bu tutum anketi sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı tutumunu kapsamlı olarak belirleyebilecek ölçektedir. Bu ölçek iki yıllık veri toplanması sonucu geliştirilmiş ve tutarlılığı onaylanmıştır. Dört farklı bölüm ve toplamdan oluşan bir ölçek olup beşli Likert tipte seçeneklerden oluşmaktadır. Ölçekten

alınabilecek en yüksek puan 70'tir. Ölçekten alınan puanın artması yaşlıya yönelik tutumun pozitif olduğu anlamını taşımaktadır (Reuben, 1998).

UCLA GA ölçeği yaşlılara karşı tutumu belirlemek için en sık kullanılan ölçektir. Bu ölçek yaşlılar ile ilgili genel izlenimi, yaşlılara verilen değer, kaynakların adaletli dağılımını belirlemek üzere geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında ŞahinS.ve arkadaşları tarafından yayımlanan bir çalışma ile değerlendirilmiştir (Şahin ve diğerleri, 2012).

2.5.1.2. KOGAN Testi

Kogan testi 1961 yılında Kogan tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 17'si olumlu ve 17'si olumsuz olmak üzere 34 soru içermektedir. Altılı Likert ölçeği kullanılarak değerlendirilmektedir ve elde edilen puanlar toplanmakta ve toplam puana ulaşılmaktadır; saptanan yüksek skor yaşlıya karşı olumlu tutumu; düşük skor ise negatif tutumu göstermektedir. Alınabilecek puan aralığı 34-204'dür. Olumsuz tutumları gösteren ifadelerin puanlaması tersten hesaplanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2011 yılında Erdemir ve arkadaşları tarafından değerlendirilmiştir (Erdemir ve diğerleri, 2011).

2.5.1.3. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ)

Yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği (YATÖ) 26 maddeden oluşmakta ve Likert tipi derecelendirme ölçeği ile değerlendirilmektedir. Duygu Vefikuluçay tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 23 maddeden ve beşli Likert tipte seçeneklerden oluşturulmuştur ve skor toplamı değerlendirilmektedir. Yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutum ifadeleri, olumlu tutum ifadelerinin tam tersi olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan "115" ve minimum puan ise "23"dür (Vefikuluçay ve Terzioğlu, 2011). Yaşlı bireylere karşı ayrımcı davranışlar gösterenlerin çoğunluğunu gençlerin oluşturduğu düşüncesinden yola çıkarak, gençlerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin eşitlikçi bakış açısı kazanabilmeleri için rehberliğe gereksinimleri olduğu düşünülmüştür. Özellikle sağlık hizmeti sunan ekip içerisinde yer alan hemşirelerin rehber kişi olarak ayrıcalıklı role sahip oldukları öngörülmüş ve sorunlar hakkında özel bilgi ve beceriye sahip olmaları gerektiği düşünülmüştür.

Gençlerin yaşlılara karşı olumlu olmalarının sağlanması, öğrenim dönemlerinde bu tutumlarının geliştirilmesi, yaşlanmaya karşı olumlu bakış açısına sahip olmalarının sağlanması için eğitim içeriklerinin belirlenmesi gerektiği düşünülmüş; yaşlıya tutumların ortaya çıkarılması için de araştırma planlanmış, YATÖ geliştirilmiştir.

Yaşlı Sağlığına Bakış Açısıyla Birinci Basamak Sağlık Kurumları ve Önemi

Aile hekimi, her yaştaki hastaya, hastalık varlığı ya da yakınmanın tipinden bağımsız olarak kişisel manada kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sunar. Aile hekimleri, hastayla yakın ve güvene dayalı bir ilişki sürdürmek suretiyle bireyin tüm sağlık ihtiyaçlarını yönetme sorumluluğunu üstlenir (Saatçi, 2019). Aile hekimleri, ilk görüşme ve başlangıç değerlendirmesinden, kronik sorunların sürekli bakımına kadar bütüncül bir sağlık bakımı için sürekli sorumluluğa vurgu yapar. Hastalıklardan koruma ve erken tanı, disiplinin temel özellikleridir. Gereken tüm sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve entegrasyonu ile çoğu sağlık sorunlarını çözebilme yeteneği, aile hekimlerinin maliyet etkin sağlık hizmeti sunabilmesini sağlar. Aile hekimi, hizmet sunumunda diğer klinik disiplinlerle koordineli ve hasta odaklı yaklaşım temelinde, en hızlı ve uygun iletişim tekniklerini kullanarak faaliyet gösterir. Aile hekimliğinin, diğer tıbbi branşlarla paylaşılan bilgi içeriğinin yanında, öncelikle hastalanan bireyin tıbbi bakımına odaklanmış klinik bir temeli vardır. Aile hekimliğinin sağladığı kazanımlar, çoğunlukla hastalarla uzun süreli yakın ilişkinin sağladığı bilgi birikimi ve paylaşılan güven, saygı ve dostluğun eseridir.

Birinci basamak sağlık hizmeti; erişilebilir, kapsamlı, koordineli ve sürekli sağlık hizmetidir. Rahatsızlığı yaratan veya tanı konmamış bir bulgu, semptom ya da sağlık sorunu olan (yani "ayrışmamış" hasta) bireylere ve problemin kaynağı (yani "biyolojik, davranışsal veya sosyal") organ sistemine yönelik olarak cinsiyet ile sınırlı olmayan kapsamlı ilk temas ve sürekli bakım vermek üzere eğitim almış uzman hekimler tarafından sağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti; "kişisel sağlık bakım ihtiyaçlarının büyük çoğunluğunu ele alabilen, hastalarla sürdürülebilir bir ortaklık geliştiren ve aile ve toplum bağlamında uygulama yapan hekimler tarafından verilen entegre ve erişilebilir bir sağlık hizmet modelidir" (WONCA, 2013).

Birinci basamak sağlık hizmeti; akut ve kronik hastalıkların tanı ve tedavisine ek olarak, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik danışmanlık, hastalıkların önlenmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, hasta ile karşılaşılan her ortamda (ör: poliklinik, hastane, kritik bakım, uzun süreli bakım, evde bakım) hasta eğitimini içerir.

Sağlık hizmet sunumunda birinci basamak sağlık hizmeti temel rol oynar. Bu kurumun işlevleri şöyledir (Saatçı, 2019):

- Hastanın sağlık hizmeti sunum sistemine ilk *temas* noktasıdır.
- Hastalara, zaman içinde rahatsızlıklarını tedavi etmek ve sağlıklı olmaları için gereğince bakım sağlayarak *sürekliliği* kapsar.
- Fonksiyonel içeriği için tüm *majör* disiplinlerden yararlanan *kapsamlı* bakımdır.
- Hastanın tüm sağlık bakım ihtiyaçları için *koordinasyon fonksiyonu* vardır.
- Bireysel hasta takibi ve toplum sağlığı sorunları için *sürekli sorumluluk* üstlenir.
- Oldukça *bireyselleştirilmiş* bir bakım türüdür.

2008’de yayınlanan bir raporda Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2019), 21. yüzyılın hastalıklarıyla baş etmenin en iyi yolunun birinci basamak sağlık hizmeti olduğunu ve mevcut koruyucu önlemlerin daha iyi kullanılmasıyla küresel hastalık yükünün %70 oranında azaltılabileceğini vurgulamış ve “Birinci Basamak Sağlık Hizmeti–Şimdi Her Zamankinden Daha Fazla” sloganıyla faaliyetleri dünya çapında duyurmayı hedeflemiştir. Ayrıca WHO, 2009’daki 62. Dünya Sağlık Kongresi’nde, dünya genelindeki sağlık hizmeti sistemlerinin güçlendirilmesi için temel olarak birinci basamak sağlık hizmetinin önemini ve ilkelerini tekrar güçlü bir şekilde vurgulamıştır (WONCA, 2013).

2.6. Birinci Basamak Hekimi/Aile Hekimi

Birinci basamak hekimi, ilk temas noktasında, ayrışmamış hastaya eksiksiz bakım sağlayan ve hastanın bakımını sağlamak için sürekli sorumluluk alan yetkili hekimdir. Birinci basamak hekimleri, uygulamalarının çoğunu, belirlenmiş bir hasta popülasyonuna birinci basamak hizmetleri sunmaya ayırır. Bireysel aile hekimi uzmanının yaklaşım tarzı, hastanın tıbbi ve sağlık bakım ihtiyaçlarının tamamına yönelik bir başlangıç noktasıdır. Hastalar, öncelikli ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran ve yaşam boyu sürececek bir ilişki kurabilecekleri bir hekim isterler. Aile hekimliği uzmanları, hasta için tüm sağlık sistemini hastanın yararına kullanmayı koordine etme ve hastanın iyilik halinin savunucusudurlar.

***Kişiselleştirilmiş Bakım**

12. yüzyılda Maimonides, “Hastada acı içindeki bir canlıdan başka hiçbir şey görmem mümkün mü? Onu sadece bir hastalık gemisi olarak görmem mümkün mü?” demiştir (Friedenwald, 1917). Hastalarla yakın ilişki, hekimlerin başlıca kaygısı olmaya devam etse de, nasıl organize ve finanse edilirse edilsin, yüksek kaliteli tıbbi bakım devam edecektir. Bu nedenle, aile hekimliği, bir şikayetin epizodik bakımı yerine, yaşamın tüm bağlamı içerisindeki bireysel hasta düşüncesine önem verir. Aile hekimliği uzmanları karşılaştıkları rahatsızlıkları ve şikayetleri değerlendirir, çoğuyla şahsen ilgilenir ve birkaçı için özel yardım düzenler. Aile hekimliği uzmanı, hastaların savunucusu olarak hizmet eder, rahatsızlıkların nedenlerini ve etkilerini hastaya ve ailesine açıklar, aileye danışman ve sırdaş olur. Aile hekimi, bu uygulamadan büyük entelektüel doyum alır ama en büyük ödül, aile hekimliği alanındaki insan anlayışının derinliğinden ve kişisel memnuniyetten ileri gelmektedir.

● Bakım

Bilim olmadan bakım vermek iyi niyetli jesttir, ancak hekimlik değildir. Öte yandan bakım olmadan bilim, hekimliğin iyileştiriciliğinin içini boşaltır ve bu eski mesleğin büyük potansiyelini ortadan kaldırır. İkisi tamamlayıcıdır ve hekimlik sanatı için gereklidir (Saatçi, 2019). Aile hekimleri sadece hastaları tedavi etmezler; aynı zamanda kişilerin bakımını üstlenirler. Aile hekimliğinin bu bakım fonksiyonu, hastayı bir birey olarak anlama, hastaya bir birey olarak saygı duyma ve rahatsızlığına şefkat duyma gibi kişiselleştirilmiş yaklaşımı vurgular.

● Şefkat

Bir hastalığın tedavisi tamamen gayrişahsi olsa bile eğer bireysel bir hasta söz konusu ise bakımı tamamen kişisel olmalıdır “Francis Peabody, 1930” (Saatçi, 2019)

Şefkat, hekimin istekli bir şekilde hastanın acısını paylaşması ve hastalığın o kişide yarattığı psikososyal ve fiziksel etkileri anlaması anlamına gelir. Aile hekiminin her bir hasta ile ilişkisi, yüksek düzeyde entelektüel dürüstlikle birleştirilmiş bir şekilde şefkati, anlayış ve sabrı yansıtmalıdır. Hekim, sorunlara yaklaşımda kapsamlı olmalı, aynı zamanda mizah duygusu da taşınmalıdır. Her hastada iyileşme için gerekli olan iyimserliği, cesareti, içgörüyü ve öz disiplini teşvik etme yeteneğine sahip olmalıdır. İdeal aile hekimi, sürekli bir merak ve daha fazla bilgi edinme arzusu ile hareket eden bir araştırmacıdır.

• Sürekli Sorumluluk

Aile hekiminin temel işlevlerinden biri, hastanın tıbbi bakımını yönetmek için süregelen sorumluluğu kabul etme istekliliğidir. Bir hasta veya ailesi, hekimin polikliniğine kabul edildikten sonra, bakım için sorumluluk bütüncüdür ve sürekli dir. İlk temas bakımını sağlayan ve öncelikli olarak o kişinin bireysel doktoru olan hekimdir. Aile hekiminin hastalara olan bağlılığı hastalığın sonunda sona ermez, aksine hastanın sağlık durumuna veya hastalık sürecine bakmaksızın devam eden bir sorumluluktur. Hasta ile tesis edilen ilişkinin başlangıcını veya bitiş noktasını belirlemeye gerek yoktur, çünkü her ne kadar problem herhangi bir zamanda yeniden başlayabilirse de bir sonraki görüşme, esasen başka bir problem için olabilir. Bu, aile hekiminin bir soruna çok dar bir bakış açısı ile odaklanmasını önler ve hastaya total olarak kendi çevresinde bir bakış açısı kazandırmaya yardımcı olur.

Bir hastayla sürekli ilişki derecesi arttıkça, hekim, organik hastalığın erken belirtilerini ve bulgularını tespit etme ve fonksiyonel bir sorundan ayırt edebilme konusunda daha yetkin olur. Duygusal ve sosyal çatışmalardan kaynaklanan sorunlar yaşayan hastalar, en etkin şekilde, birey, ailesi ve toplumun arka planıyla ilgili engin bilgiye sahip bir hekim tarafından yönetilebilir. Bu bilgi, yalnızca hastanın uzun vadeli davranış kalıplarını ve stresli durumlara verdiği tepkileri gözleyerek kazanılan iç görüden gelir. Bu boylamsal bakış açısı, özellikle çocukların bakımında yararlıdır ve hekimin çocukların potansiyellerine tam olarak erişmesine yardımcı olmasını sağlar. Hekimler ve genç hastalar arasında gelişen yakınlık, yaşamın ilerleyen dönemlerindeki ergenlik çağına uyum, işle veya evlilikle ilgili sorunlar ve değişen toplum baskıları gibi problemlerde hekimin hastasına yardım edebilmesini kolaylaştırır. Aile hekimi, aile içinde ardışık kuşaklarla olan sürekli ilişkiyi devam ettirdiğinde, bütüncül aile geçmiş i bilgisiyle birlikte karmaşık sorunları yönetme yetisi daha olasıdır.

Aile hekimi, süregelen bu katılım ve aile ile yakın ilişki sayesinde bir ailenin doğası ve aile iç i dengelerin nasıl sağlandığı hakkında algısal bir farkındalık geliştirir. Aileleri zaman içinde gözlemlene yeteneği, bireysel olarak hastaya verilen tıbbi bakımın kalitesini artıran değerli bilgiler sağlar. Aile hekimliğinde asıl zorluk, zaman içinde aile üyelerinin değişen streslerine, geçişlerine ve beklentilerine ilaveten, bu ve diğer aile iç i etkileşimlerin hastaların bireysel sağlığı üzerindeki etkisine de dikkate alınması gerekliliğidir.

Aile hekiminin önceliği aile olmakla beraber, aile hekiminin tıbbi donanımı ve becerileri, yalnız yaşayan kişilere veya diğer aile yaşam tiplerine de uyarlanabilir. Hastanın geçmiş i ile ilgili yıllar boyunca süregelen temaslardan elde edilen bilgi ve anlayış derecesi ne

kadar fazlaysa, hekim mevcut şikayetin erken ve hızlı bir şekilde değerlendirmesinde o kadar yetkin olur. Sürekli kapsamlı bakım alan ailelerin, tedavi sayısı ve hastalık nedeniyle hekim ziyareti insidansı daha düşüktür. Bu durum, hekimin, hasta hakkındaki bilgisi, akut sorunlar için daha erken dönemde görmesi ve ulaşılabilir olması ve poliklinikte sağlık kontrolü için daha sık görmesinden ve dolayısı ile hastaneye yatış gerektiren komplikasyonların önlenmesinden kaynaklanmaktadır.

- **Aile Hekiminin Nitelikleri**

- Bireyin ve ailenin sağlık, hastalık ve rehabilitasyonu sırasında bütüncül, sürekli bakımı için güçlü sorumluluk duygusu.
- Hastaya ve ailesine samimi bir ilgi ile şefkat ve empati duyması.
- İlgili ve meraklı bir tutum.
- Ayrışmamış tıbbi problem ve bunun çözümü için gayret.
- Klinik tıbbın geniş spektrumuna ilgi.
- Bir hastada eş zamanlı olarak meydana gelen birçok problemle rahatça baş edebilme.
- Sık ve farklı entelektüel ve teknik zorluklara istek duyma.
- Büyüme ve gelişme dönemi boyunca, ilaveten aile ve topluma uyum sürecinde çocuklara destek olabilme.
- Hastalara günlük sorunlarla baş etmede yardımcı olup ailede ve toplumda dengenin sağlanmasında yardımcı olabilme.
- Bir hastanın bakımında gerekli olan tüm sağlık kaynaklarının koordinatörü olarak görev yapabilme.
- Sürekli tıp eğitimi yoluyla mevcut tıbbi bilginin sürdürülebilmesi için öğrenme isteği.
- Stres anlarında, sakinliğini koruyabilme ve mantıklı, etkin, şefkatli ve hızlı tepki verebilme.
- Olası en erken aşamada sorunları belirleme veya hastalığı tamamen önleme isteği,
- Hekim–hasta ilişkisinin sürekliliğinin önemini kabul ederek maksimum hasta memnuniyetini sürdürmek için güçlü istek.
- Kronik rahatsızlıkları yönetmek ve akut rahatsızlıklardan sonra maksimal rehabilitasyon sağlamak için gereken beceriler.

- Kişiselleştirilmiş hasta bakımında fiziksel, duygusal ve sosyal unsurların kompleks karışımını anlama.
- Epizodik hastalıkların tedavisiyle kazanılan kısa süreli memnuniyetlerden ziyade, hastalarla uzun süreli, sürekli bakım dönemlerinde doğal olarak gelişen yakın ilişkilerden kaynaklanan kişisel tatmin duygusu hissetme.
- Hastaları ve ailelerini hastalık süreçleri ve sağlık ilkeleri konusunda eğitme sorumluluğu ve becerisine sahip olma.
- Hastanın çıkarlarını, kendininkilerin üstünde tutmak için sorumluluk.

Bu özellikler tüm hekimler için istenilir, ancak aile hekimleri için büyük önem taşımaktadır.

2.7. Türkiye’de Aile Hekimliği ve Aile Hekiminin Tanımı

Ülkemizde aile hekimi, bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir. Türkiye’de ilk kez 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu çıkarılmıştır. 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılmış; 2006 yılında 6 il; 2007 yılında 7 il; 2008 yılında 17 il, 2009 yılında 4 il; 2010 yılında 46 il olmak üzere hizmet ihtiyacına yönelik il değerlendirmeleri yapılarak 2010 yılı sonu itibari ile ülke genelinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. İzmir ili ise 2007 yılının Mayıs ayından beri aile hekimliği uygulamasına devam etmektedir. 2004 yılında çıkan Aile Hekimliği Kanunu birçok kez çıkarılan yönetmeliklerle değiştirilmiş ve en son Resmi Gazete Tarihi 25.01.2013 ve Resmi Gazete Sayısı 28538 olan, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının görev, yetki ve sorumlulukları aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları (Resmî Gazete Tarihi: 25.01.2013)

Resmî Gazete Sayısı: 28539)

MADDE 4–

(1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak; Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.
- b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
- c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
- g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

h) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi ile yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış

bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerekğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Aile Sağlığı Elemanının Görev, Yetki ve Sorumlulukları

MADDE5–

(1) Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. Dördüncü maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

(2) Aile sağlığı elemanının Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek.

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak.

c) Yara bakım hizmetlerini yürütmek.

d) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak.

e) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak.

- f) Gereken tetkikler için numune almak, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapmak veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak.
- g) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak.
- ğ) Kurumca belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak.
- h) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek.
- ı) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerini bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla; riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gereksiz başvuruyu azaltacak, asli hedefleri eğitim, araştırma ve sağlığı geliştirme olan ikinci ve üçüncü basamak kurumlarına bu olanağı sağlayacaktır.

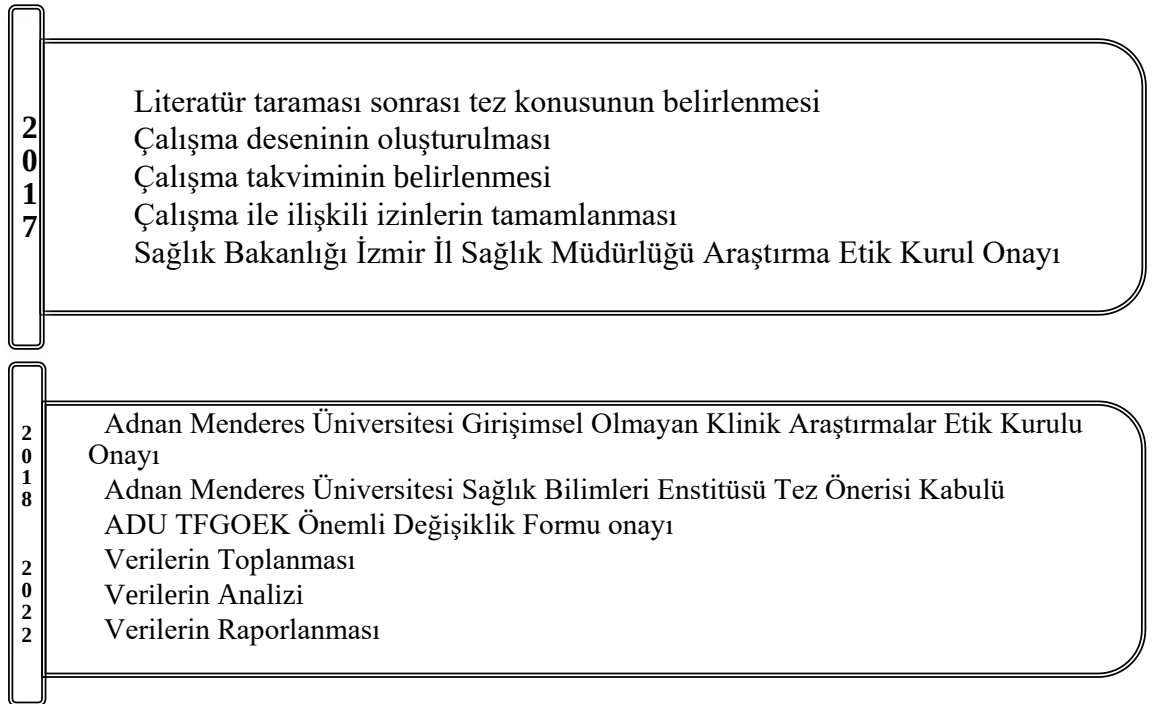
3.GEREÇ VE YÖNTEM

Anket İzmir'deki Aile Hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarının yaşlı hastalara tutumlarını ortaya koymak amacıyla uygulanmıştır. İlk başta yüz yüze görüşme yöntemi ile başlanan çalışma 2019 Mart ayında Covid 19 pandemisinin başlaması ile anket sağlık çalışanlarına Google Forms ile ulaştırıldı.

Araştırmanın niteliği; Tanımlayıcı, Kesitsel analitik ve tek merkezlidir.

3.1.Çalışma Tasarımı

Araştırma konusu, çalışma başlığı ve içeriği belirlenerek, Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden Mart 2018 tarihinde araştırma için Etik Kurul onayı (Ek1) alındı. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.12.2017 tarihli olağan toplantısında çalışmamız ile ilgili değerlendirme sonrası 19 no'lu karar ile 2017/1270 protokol numaralı etik kurul onayı (Ek2) alındı. Araştırmanın kronolojik akış şeması şekil 1de gösterilmiştir.



Şekil1.Araştırmanın kronolojik akış şeması.

3.2.Çalışma Anketinin Oluşturulması

Yapılan literatür taraması sonucunda, birinci basamak çalışanları (hekim ve hekim dışı diğer sağlık çalışanı) ile “Sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı tutumu” konusunda yapılmış kapsamlı bir çalışma olmadığı görülmüştür. Literatürde karşılaşılan “yaşlılara karşı tutum” çalışmalarının çoğu tıp fakültesi öğrencileri, hemşirelik fakültesi öğrencileri ile yapılmıştı. Daha az sayıda da asistan hekimlerle yapılmış çalışmalara rastlandı.

Yapılan bu literatür taramaları sonuçlarından yola çıkılarak da İzmir’de birinci basamakta, yani Aile Sağlığı Merkezleri’nde bir çalışma yapmaya karar verdik. Çalışmamızda iki grup anket sorusu hazırladık. Birinci grupta bireylerin sosyo demografik bilgilerinin yer aldığı 31 soruluk anket ve ikinci grupta ise Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Doç. Dr. Sevnaz Şahin ve ekibi tarafından yapılmış, 14 soruluk UCLA Yaşlı Tutum Ölçeği kullanıldı (ŞahinS,2012). Planlanan çalışmada amaç birinci basamakta çalışan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe) yaşlılara karşı tutumlarını belirlemektir.

3.2.1. Materyal Toplanması ve Örneklemenin Oluşturulması

Çalışmaya, İzmir metropolde çalışan aile hekimleri ve hekim dışı sağlık personelinin dahil edilmesi planlandı. Amaç tüm kurumlara ulaşmak olsa da rastgele yöntemle, minimum 250 kişiye ulaşmak hedeflendi.

İzmir merkezde çalışan Aile Hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe) yaşlı hastalara yönelik tutumlarını ortaya koymak amacıyla tek merkezli, tanımlayıcı, kesitsel bir çalışma planladık. Konu ile ilgili mevcut durumu değerlendirerek sağlık çalışanlarının yaşlıya yönelik tutumuna etkili faktörleri oluşturduğumuz bir anket ile sorgulamayı amaçladık. Başlangıçta yüz yüze görüşme yöntemi ile başlanan çalışma, 2019 Mart ayında Covid 19 pandemisinin başlaması nedeni ile, temasın en aza indirgenmesi ve sağlık çalışanlarının artan iş yükü nedeniyle ve zaman kısıtlılığının da olması nedeniyle web ortamında, Google Forms ile hedef çalışma popülasyonuna ulaştırıldı.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nden Etik kurul onaylarının alınmasından sonra, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, kardeş sayısı, anne babanın eğitim durumu, çalışma yılı gibi sosyo demografik bilgileri içeren (ek-4) 31 soruluk

anket formu ve 14 soruluk UCLA GA Yaşlı Tutum Ölçeği (ek-5) çoğaltıldı. Aile hekimleri ve hekim dışı sağlık personelinin randevu alınarak; Haziran 2018'den itibaren anketler uygulanmaya başlandı. Ancak 2019 Mart ayında COVID 19 pandemisinin gelişmesi nedeniyle ASM ziyaretleri durduruldu. Tez izleme komitesi ile yapılan toplantı sonrası çalışmanın bir an önce bitirilebilmesi için anket sorularının online Google Forms'a dönüştürülerek hekim ve hekim dışı çalışanlara iletilmesi için; 17.01.2021 tarih ve E-53043469-050.04.04.2100005355 sayılı ADÜTFGOEK Önemli Değişiklik Formu onayı (Ek-3) alındı ve araştırmaya devam edildi.

Veri Toplama Araçları Üç Bölümden Oluşmaktadır:

Birinci bölümde, hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının sosyo demografik özelliklerini belirlemeyi sağlayacak; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayıları, kronik hastalıkları olup olmadığı, nasıl bir ailede büyüdükleri, kardeş sayıları, doğdukları yer, yaşamlarının büyük bölümünü geçirdikleri yer, ebeveynlerin eğitim ve gelir durumları, çalışmaya katılanların yaşamlarının bir bölümünde yaşlılarla birlikte yaşayıp yaşamadıkları ile ilgili 16 soru mevcuttur.

İkinci bölümde; katılımcıların görev yerleri, görev süreleri, günlük poliklinik sayıları, kendilerine kayıtlı 65 yaş üzeri kişi sayısı, işyerinin fiziksel koşulları, hekim ve hekim dışı diğer sağlık çalışanlarının yaşlı popülasyona gerektiği ölçüde hizmet verip veremedikleri, çalışma koşullarının yaşlı bireylere ilgi göstermeye engel teşkil edip etmediği, yaşlı bireylerin bakımı ile ilgili yeterli bilgi düzeylerinin olup olmadığı, eğitim alıp almadıkları, koruyucu sağlık hizmetlerini uygulama olanakları, reçete bilgilendirme, yaşam tarzı önerileri yapabilme durumları, bakmakla yükümlü veya birlikte yaşayan yaşlılarının olup olmadığı, gelecekte ebeveynleriyle aynı evde yaşamayı isteme durumları, isteme veya istememe nedenlerini sorgulayan sorular yer almaktadır. (Ek-4).

Anketin 3. bölümünü UCLA GA Yaşlıya Tutum Ölçeği anket soruları (Ek-5) oluşturmuştur.

3.2.2. UCLA GA Yaşlı Tutum Ölçeği

Veri toplama araçlarının üçüncü kısmını oluşturmaktadır. Birinci basamakta çalışan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının kendilerine kayıtlı popülasyon içerisinde yer alan

yaşlılara karşı tutumlarını belirlemek amacıyla Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Prof. Dr. Sevnaz Şahin ve ark. tarafından geliştirilmiş (Şahin ve diğerleri, 2012), 14 soruluk 5'li Likert ölçeği içeren UCLA Yaşlı Tutum Ölçeği kullanıldı. Dört farklı bölüm ve toplamdan oluşan bir ölçek olup beşli likert tipte seçeneklerden oluşmaktadır. Seçenekler; kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, tamamen katılıyorum'dan oluşmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 70'tir. Ölçekten alınan puanın artması yaşlıya yönelik tutumun pozitif olduğu anlamını taşımaktadır.

Tıbbi Bakım, Sosyal Değerler, Merhamet, Kaynakların Kullanımı alt alanları puanlanması yapılmıştır. UCLA GA Yaşlı tutum ölçeğinin sorularının gruplandırması aşağıdaki gibidir:

1. Seçme şansım olsaydı, yaşlı hastalardansa daha genç hastalara bakmayı tercih ederdim.
2. İnsanlar yaşlandıkça kafaları daha çok karışır ve hayatlarını daha zor düzenlerler.
3. Yaşlı hastalardan tıbbi öykü almak çoğunlukla büyük bir sıkıntıdır
4. Kronik hastalığı olan yaşlı hastaların tedavileri ümit verici değildir.
- 1–4.sorular Tıbbi bakım alt alan puanlarını,
5. Yaşlı insanlar, kendi sağlık hizmetlerine ödeme yapma konusunda sisteme adil bir şekilde katkıda bulunmazlar
6. Genel olarak, yaşlılar modern topluma ayak uydurmakta oldukça yavaştır.
- 5–6.sorular Sosyal değerler alt alan puanlarını,
7. Yaşlı insanların çoğunluğu onlarla birlikte olunmasından memnun olurlar.
8. Yaşlı hastalar, genç hastalara kıyasla kendilerine verdiğim tıbbi hizmetleri daha çok takdir etme eğilimi göstermektedirler.
9. Genç hastalarım ile kıyaslandığında yaşlı hastalarım karşı daha çok özen ve anlayış gösteririm.
10. Yaşlı insanların geçmişten edindikleri deneyimleri dinlemek ilginçtir.
- 7–10.sorular Merhamet alt alan puanlarını,

11. Hükümet ve Sosyal Güvenlik Kurumu, kaynaklarını yaşlı hizmetlerinden daha çok çocuk sağlığı hizmetlerine ayırmalıdır.

12. Yaşlılarının bakımını sağlamak toplumun sorumluluğudur.

13. Yaşlılara sunulan tıbbi hizmetler için çok fazla personel ve maddi kaynak kullanılmaktadır

14. Genel olarak yaşlı insanların topluma fazla katkısı yoktur.

11–14.sorular kaynakların kullanımı alt alan puanlarını oluşturmaktadır.

Her al alanın faktör ve yükleri farklıdır.

3.2.3. İstatistiksel Analizler

Çalışmanın analizleri için SPSS21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında veri tabanı oluşturulup, verilerin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0.05 (p-value) değeri dikkate alındı.

Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak belirtilmiş olup normal dağılıma uyan verilerde ortalama ve standart sapma verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edildi. Bağımsız iki grup karşılaştırmalarında, sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda Independent Samples t testi kullanıldı. Bağımsız gruplarda non-parametrik olan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin aralarındaki ilişki varlığı ve derecesi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Veriler yaşa göre ve çalışma yıllarına göre kategorize edilerek değerlendirilmiştir. 40 yaş altı ve üzeri almamızın sebebi; benzer çalışmalarda bu sınır kullanıldığı için, 15 yıl altı ve üzeri çalışma yılı kullanmamızın sebebi ise çalışma yılı ortalaması olmasıdır.

3.2.4. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmada sorgulama ile elde edilen bilgiler sadece araştırma kapsamındaki değerlendirmelerde ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Covid 19 Pandemisinin başlaması nedeniyle hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları ile yüz yüze görüşme olanağı olamadı. Anketi yanıtlayan sağlık mensuplarının sayıları daha fazla olabilirdi, ancak pandemi nedeniyle iş yoğunluğu arttığı için sayı 350’de kaldı.

4. BULGULAR

Çalışmaya ortalama yaşı $45,43 \pm 9,05$ yıl (yaş aralığı 21-66) olan 218 kadın ve 132 erkek olmak üzere toplam 350 sağlık çalışanı alındı. Ortalama yaş kadınlar için $44,13 \pm 8,40$ ve erkekler için ise $47,58 \pm 9,55$ yıl olarak saptandı; erkek olguların yaşı istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde yüksekti ($p < 0,0001$). Grubumuzun büyük çoğunluğunu 40–59 yaş (%70,86) aralığında bulunan bireyler oluşturmuştu. Çalışma grubumuzun 268(%76)’i evli olup %47’si iki çocuklu ve %32,8’i tek çocuk sahibiydi.

Çalışma grubumuzun 277(%79,14)’si hekim olup bunlardan 214(%61,15)’ü pratisyen hekim; 49(%14)’u uzman hekim; 14(%4)’ü sözleşmeli aile hekimliği asistanı olarak çalışıyordu. Hekim dışı sağlık çalışanları olarak görev yapan 73(%20,85) kişi, hemşire ve ebe olarak çalışıyordu. Çalışma grubumuzun büyük çoğunluğunun meslekte çalışma yılı 20 yıldan fazlaydı. Meslekte çalışma süresini ayrıntılandırırdığımızda, 20 (%5,7)’si 1-5 yıl; 34 (%9,7)’si 6-10 yıl; 38 (%10,9)’i 11-15 yıl; 48 (%13,7)’i 16-20 yıl ve 210(%60)’u 20 yıldan fazla süredir sağlık alanında görev yapmıştı. Katılımcıların 30’unda (%8,6) kronik hastalık mevcuttu (Tablo 1).

Çalışma grubumuzda yer alan sağlık çalışanlarının yaşlı bireylerle birlikte yaşama durumuna ilişkin olarak %54.9 (192kişi)’unun yaşamlarının bir döneminde yaşlılarıyla birlikte yaşamış oldukları ve %45.1 (158kişi)’inin ise yaşamadıkları görülmüştür. Ek olarak 126 kişi (%64) birlikte yaşadıkları yaşlı ebeveynlerinin büyükanneleri olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Ankete katılanların işyeri ve çalışma koşulları ile ilgili olarak yapılan değerlendirmelerde %42’sinin işyerlerinin fiziksel koşullarından memnun, %38’inin kısmen memnun oldukları ve sadece %18’inin memnun olmadıkları belirlenmiştir (Tablo 1). Yaşlı popülasyona hizmet sunum kalitesine yönelik yapılan sorgulamada %41.1’inin kendilerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylere gerektiği ölçüde hizmet sunabildikleri; %45.5’inin kısmen hizmet sunabildikleri; %13.4’ünün ise yaşlılara gerektiği ölçüde hizmet sunamadıkları bildirilmiştir (Tablo 1).

Tablo1.Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının demografik ve sosyal özelliklerinin dağılımı.

Kişisel veriler	Sayın(%)
Cinsiyet:	
Kadın	218(%62)
Erkek	132(%38)
Görev dağılımı:	
Hekim	277(%79,14)
Hekim dışı sağlık çalışanı	73(%20,86)
Medeni durum:	
Bekar	59(%16,9)
Evli	268(%76)
Dul	23(%6,6)
Çocuk varlığı:	
Yok	54(%15,5)
Tek	113(%32,8)
İki	165(%47,1)
Üç	18(%5,1)
Doğduğıyer:	
Şehir	234(%66,9)
Kasaba	68(%19,4)
Köy	48(%13,7)
Yaşanılan yer*	
Kent	319(%91,1)
Kırsal	31(%8,9)
Yaşlı bireylerle yaşama durumu:	
Evet	192(%54,9)
Hayır	158(%45,1)
İşyeri fiziksel koşullarına göre:	
Memnun	150(%42)
Kısmen memnun	136(%38)
Memnun değil	64(%18)
Yaşlıya yönelik hizmet sunumu:	
Gerektiğı şekilde	144(%41,1)
Kısmen	159(%45,5)
Gerektiğı gibi değil	47(%13,4)
Çalışma koşulları yaşlıya özel ilgi göstermeye engel mi?	
Engel	75(%21,4)
Kısmen engel	109(%31,1)
Engel değil	166(%47,5)

*Yaşamlarının büyük çoğunluğunun geçtiğı yer

Çalışma grubundan 208 hekim (%59), ortalama günlük poliklinik sayısını 50–60 hasta olarak bildirmiş olup bu hastaların %40-%50 kısmını yaşlıların oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Hekimlerin, kendilerine kayıtlı yaşlı popülasyonlarının genel kayıtlı nüfuslarına oranı incelendiğinde %20–25 arası olduğu görülmüştür. Çalışma koşullarının, 65 yaş ve üzeri kişilere özel ilgi, gösterme durumuna engel teşkil edip etmediğı sorgulandığında verilen yanıtlar şöyledir: %21,4 (75 kişi)’ü sorun yarattığı; %47,5 (166)’i sorun oluşturmadığı ve %31,1 (109)’i de kısmen sorun oluşturduğunu belirtmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 2’de çalışmaya katılanların aile yapıları ve ailelerinin sosyo demografik özellikleri verilmektedir. Buna göre aile yapıları çoğunlukla çekirdek aile idi (%81,7). Tüm grubun anne ve babalarının eğitim durumu incelendiğinde; annelerinin %49’u ilkokul mezunu iken, babaların %31.7’si ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Üniversite mezunu babaların oranının %38.6 (135 kişi) ise annelerin oranından daha fazla %21.1(75 kişi) olduğu görülmüştür.

Tablo2.Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının aile yapısı, ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri ve yaşlı ebeveynleri ile birlikte yaşama durumu.

Aileleri ile ilgili Değişkenler	Sayın(%)
Aile yapısı:	
Çekirdek aile	286(%81,7)
Geniş aile	64(%18,3)
Kardeş sayısı:	
İki	146(%41,7)
Üç	94(%26)
Dört	47(%13,2)
Beş	15(%4,3)
Ebeveyn gelir durumu	
Düzenli gelir var	321(%91,7)
Düzenli gelir yok	29(%8,3)
Ailelerinin bakmakla yükümlü olduğu yaşlı birey varlığı	
Evet	292(%83,4)
Hayır	58(%16,6)
Katılımcıların gelecekte kendi ebeveynleri ile yaşamaya istekleri	
Yaşamak istiyor	192(%55)
Yaşamak istemiyor	158(%45)

Ankete katılan sağlık çalışanlarının %83.4’ünün ailelerinde bakmakla yükümlü oldukları yaşlı bireyi varken, %16.6’sının yaşlısına bakma sorumluluğu yoktu. Kendi büyükanne ve büyükbabalarının yaşadığı yer ve birlikte yaşadıkları kişiler incelendiğinde; katılımcıların 250 (%71.4)’sinin yaşlı büyükanne ve büyükbabalarının hayatta olmadığı, 47 (%13.4)’sinin kendi evlerinde yaşadığı ve kalanların da birinci derece yakınları ile yaşadığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının gelecekte kendi ebeveynleri ile birlikte yaşamaya istek durumu değerlendirildiğinde %55’inin olumlu görüş bildirdikleri saptanırken %45’inin çeşitli nedenlerden dolayı aynı evde yaşamak istemedikleri belirlenmiştir.

Çalışma grubumuzda UCLA GA anketi toplam puanı ortalama 46,31±5,69 olarak saptandı. Çoğunluğu (%62) kadın olan çalışma grubumuzda yaşlılara yönelik tutum anket puanları erkek katılımcılarla karşılaştırılmıştır. UCLA GA tutum anketinin hem toplam puanı

hem de tıbbi bakım, sosyal değerler, merhamet ve kaynakların kullanımı kategorileri puanları, erkek ve kadınlar arasında farklı bulunmadı.

Tablo3.Katılımcıların cinsiyetlerine göre UCLA GA Tutum anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Cinsiyet	Olgu Sayısı n	Ortalama Puan	Standart Sapma	p Değeri
Toplam Puan	Erkek	132	46,47	6,022	0,681
	Kadın	218	46,21	5,493	
Tıbbi Bakım	Erkek	132	12,73	2,763	0,250
	Kadın	218	12,40	2,564	
Sosyal Değerler	Erkek	132	5,15	1,868	0,459
	Kadın	218	5,00	1,751	
Merhamet	Erkek	132	17,17	2,412	0,129
	Kadın	218	17,57	2,384	
Kaynakların Kullanımı	Erkek	132	11,42	2,380	0,706
	Kadın	218	11,24	2,466	

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan pratisyen hekim, uzman hekim, sözleşmeli aile hekimliği asistanı ve hekim dışı sağlık çalışanlarının UCLA GA tutum puan ortalamaları, gruplar arasında karşılaştırıldığında; toplam puan, tıbbi bakım, sosyal değerler ve kaynak kullanımı alt alanlarında, gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır. Bunun üzerine çalışanlar, hekim (277, %80,2) ve hekim dışı sağlık çalışan (73, %19,8) olarak gruplandırılmış ve gruplar arasındaki karşılaştırmalarda toplam puan, tıbbi bakım, sosyal değerler ve kaynak kullanımı alt alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak “merhamet” alt alanında hekimlerin skorları, hekim dışı sağlık çalışanlarının skorlarından anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo4.UCLA GA Tutum anketinin toplam puan ve alt kategorilerinin hekim ve hemşire sağlık çalışanları arasındaki karşılaştırma sonuçları.

	ASMdeki Görevi	n	Ortalama Puan	Standart Sapma	p Değeri
Toplam Puan	Hekim	277	46,17	5,67	,375
	Hemşire	73	46,84	5,76	
Tıbbi Bakım	Hekim	277	12,46	2,64	,381
	Hemşire	73	12,77	2,63	
Sosyal Değerler	Hekim	277	5,07	1,81	,862
	Hemşire	73	5,03	1,73	
Merhamet	Hekim	277	17,28	2,42	,039
	Hemşire	73	17,93	2,25	
Kaynakların Kullanımı	Hekim	277	11,36	2,372	,439
	Hemşire	73	11,11	2,660	

Tablo5.Hekimlerin UCLA GA puanlarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılma sonuçları.

	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	p
Toplam Puan	Kadın	129	46,43	6,061	0,681
	Erkek	148	45,94	5,326	
Tıbbi Bakım	Kadın	129	12,73	2,792	0,250
	Erkek	148	12,23	2,497	
Sosyal Değerler	Kadın	129	5,15	1,888	0,459
	Erkek	148	5,00	1,750	
Merhamet	Kadın	129	17,16	2,406	0,129
	Erkek	148	17,39	2,440	
Kaynakların Kullanımı	Kadın	129	11,40	2,393	0,507
	Erkek	148	11,32	2,368	

Hekim sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre yapılan karşılaştırmalarda toplam puan ve tüm alt alan puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 5). Yaş ve UCLA GA tutum anketinin toplam puan ve alt alanları korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde yalnızca tıbbi bakım alt alanı yaşla ters oranda zayıf bir korelasyon gösterdi ($r=-0,117$; $p<0,029$). Yaş arttıkça tıbbi bakım verme desteği puanlarının azaldığı bulundu (Tablo 6).

Tablo6.Yaş ile UCLA GA puanlarının korelasyon analiz tablosu.

	Yaş
Toplam puan	r=-,027 p=0,615
Tıbbi bakım	r=-0,117 p<0,029
Sosyal değerler	r=0,038 p=0,481
Merhamet	r=0,038 p=0,481
Kaynakların kullanımı	r=-0,001 p=0,982

Tablo 7’de çalışma grubunun yaşları 40 sınır değeri olarak alındığında, 40 yaş ve altı ile 40 yaş üstü grubun UCLA GA puanları yönünden karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir. 40 yaş ve altı grupta, yani daha genç olan sağlık çalışanlarında, “tıbbi bakım” alt alanı puanları daha yüksek saptanmıştır. Kırk yaş üzerindeki grupta ise “merhamet” alt alanı puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,025).

Tablo7.Çalışmaya katılanların yaş kategorize edilerek UCLA GA puanlarının gruplar arasında karşılaştırılmış sonuçları.

	Yaş Grubu	n	UCLA GA Ortalama puanı	Standart sapma	P
Toplam Puan	40 yaş ve altı 40 yaş üzeri	91 259	46,18 46,36	6,128 5,542	0,796
Tıbbi Bakım	40 yaş ve altı 40 yaş üzeri	91 259	13,02 12,35	2,603 2,638	0,037
Sosyal Değerler	40 yaş ve altı 40 yaş üzeri	91 259	5,03 5,07	1,741 1,816	0,868
Merhamet	40 yaş ve altı 40 yaş üzeri	91 259	16,93 17,59	2,560 2,322	0,025
Kaynakların Kullanımı	40 yaş ve altı 40 yaş üzeri	91 259	11,19 11,35	2,547 2,394	0,588

Meslekte çalışma yılları 1-5 yıl; 6-10 yıl; 11-15 yıl; 16-20 yıl ve 20 yıldan fazla şeklinde yapılan kategorik değerlendirmede UCLA GA puanlar gruplar arasında anlamlı bulunmadı. Ancak 15 yıl ve altı ile 15 yıl üzeri çalışma süresine göre gruplar yeniden değerlendirildiğinde; 15 yıl ve altı çalışma süresi olan grupta “merhamet” alt alanındaki puan daha düşük iken, çalışma yılları 15 yıl üzerinde olanlarda puan daha yüksek bulunmuştur (p=0,012) (Tablo8).

Tablo8.Çalışma süresine göre gruplandırılan olguların UCLA GA puanlarının karşılaştırma sonuçları.

	Çalışma Yılı	n	Ortalama	Standart Sapma	p
Toplam Puan	15 yıl ve altı	92	45,95	6,03	0,477
	15 yıl üzeri	258	46,44	5,57	
Tıbbi Bakım	15 yıl ve altı	92	12,75	2,66	0,344
	15 yıl üzeri	258	12,45	2,63	
Sosyal Değerler	15 yıl ve altı	92	4,98	1,85	0,612
	15 yıl üzeri	258	5,09	1,77	
Merhamet	15 yıl ve altı	92	16,88	2,57	0,012
	15 yıl üzeri	258	17,61	2,31	
Kaynakların Kullanımı	15 yıl ve altı	92	11,34	2,53	0,886
	15 yıl üzeri	258	11,29	2,39	

Çalışma grubumuzda yeral anlardan 192 (%54.9) kişi yaşamının bir döneminde bir yaşlı ile yaşamış olduğunu bildirmiştir. Yaşamının bir döneminde yaşlıyla yaşamış olan ve yaşamamış olanların UCLA GA tutum puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo9).

Tablo9.Çalışma katılımcılarının yaşamının bir döneminde yaşlılarla yaşama durumuna göre UCLA GA puanlarının karşılaştırılması.

	Yaşlılarla Yaşamış Olma Durumu	n	Ortalama Skor	Standart Sapma	pDeğeri
Toplam Puan	Evet	192	46,10	6,018	,448
	Hayır	158	46,56	5,275	
Tıbbi Bakım	Evet	192	12,43	2,662	,467
	Hayır	158	12,64	2,621	
Sosyal Değerler	Evet	192	5,10	1,799	,612
	Hayır	158	5,01	1,793	
Merhamet	Evet	192	17,32	2,513	,419
	Hayır	158	17,53	2,256	
Kaynakların Kullanımı	Evet	192	11,24	2,530	,576
	Hayır	158	11,39	2,312	

Tablo 10’da katılımcıların evlerinde halen birlikte yaşadığı yaşı bulunup bulunmama durumuna göre UCLA GA tutum anketi skorları değerlendirildiğinde; toplam puan, sosyal değerler, merhamet ve kaynakların kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Ancak tıbbi bakım skorları, birlikte yaşadığı yaşlısı olmayan grupta daha yüksek bulundu (12,65’e karşılık 11,88) ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.041$).

Tablo10.Birlikte yaşanan yaşlı olması durumuna göre oluşturulan grupların UCLA GA puanları yönünden karşılaştırılması.

	Hali Hazırda Bir Yaşlısı ile Birlikte Yaşama Durumu	n	Ortalama Skor	Standart Sapma	p Değeri
Toplam Puan	Evet	58	45,34	6,403	0,158
	Hayır	292	46,50	5,531	
Tıbbi Bakım	Evet	58	11,88	2,669	0,041
	Hayır	292	12,65	2,622	
Sosyal Değerler	Evet	58	5,29	2,069	0,339
	Hayır	292	5,01	1,735	
Merhamet	Evet	58	17,19	2,959	0,430
	Hayır	292	17,46	2,275	
Kaynakların Kullanımı	Evet	58	10,98	2,220	0,237
	Hayır	292	11,37	2,470	

Tablo 11’de çalışmaya katılan kişilerin yaşlı sağlığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre karşılaştırmalar verilmektedir. Eğitimleri döneminde yaşlı ve yaşlı sağlığı ile ilgili eğitim alanlar 71kişi (%20,3) olup 279 kişi (%79,7) yaşlı ve sağlığı özelinde bir eğitim almamıştır. Eğitim alan ve almayan grupların UCLA GA tutum anketi skorları, hem toplam puan hem de tıbbi bakım, sosyal değerler, merhamet ve kaynakların kullanımı alt değerlendirme skorları gruplar arasında anlamlı bir farklılık ortaya koymadı.

Tablo11.Yaşlı sağlığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre gruplandırılan olguların UCLA toplam ve alt değerlendirme puanları yönünden karşılaştırılması.

	Yaşlı Sağlığı ile İlgili Eğitim Alma	n	Ortalama Skor	Standart Deviasyon	p Değeri
Toplam Puan	Evet	75	45,83	4,864	,409
	Hayır	275	46,44	5,898	
Tıbbi Bakım	Evet	75	12,36	2,669	,541
	Hayır	275	12,57	2,637	
Sosyal Değerler	Evet	75	4,99	1,547	,690
	Hayır	275	5,08	1,858	
Merhamet	Evet	75	17,23	2,128	,439
	Hayır	275	17,47	2,469	
Kaynakların Kullanımı	Evet	75	11,25	2,314	,834
	Hayır	275	11,32	2,467	

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarına yaşlı hastalara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri konusunda kendilerini yetkin hissedip hissetmediği sorulduğunda katılımcılardan 103 (%29,4) kişi kendilerini yetkin; 188 (%53,7) kişi kısmen yetkin ve 59 (%16,9) yetkin hissetmediğini beyan etmiştir. Tablo12’de koruyucu sağlık hizmeti vermede yetkin hissetme beyanına göre UCLA GA puanları gruplar karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Toplam puan, merhamet ve kaynakların kullanımı alt alanlarında, grupların ortalama skorları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Tıbbi bakım alt alanında koruyucu sağlık hizmeti vermede kendini yetkin hissetmeyen grupta skor, diğer iki gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,032$). Sosyal değerler alt alanında ise koruyucu sağlık hizmeti vermede kendini yetkin hisseden grubun skoru diğerlerinden daha düşük bulundu ($p=0,001$). Sosyal değerler alt alanında koruyucu sağlık hizmeti vermede kendini yetkin hissetmeyen grubun skoru, kendini yetkin ve kısmen yetkin hissedenlere göre daha yüksek bulundu (puanlar sırasıyla 5,73’e karşılık 4,67 ve 5,06)

Tablo12.Koruyucu sağlık hizmeti vermede kendilerini yetkin hissetme durumuna göre UCLA GA puanlarının karşılaştırılması.

	Koruyucu Sağlık Hizmeti Vermede	OlguSayısı n	Ortalama Skor	Standart Deviasyon	p Değerı
Toplam Puan	Yetkin	103	45,70	5,824	,060
	Yetkin değer	59	47,85	5,735	
	Kısmen Yetkin	188	46,16	5,548	
Tıbbi Bakım	Yetkin	103	12,15	2,802	,032
	Yetkin değer	59	13,27	2,572	
	Kısmen Yetkin	188	12,50	2,536	
Sosyal Değerler	Yetkin	103	4,67	1,790	,001
	Yetkindeğer	59	5,73	2,140	
	Kısmen Yetkin	188	5,06	1,617	
Merhamet	Yetkin	103	17,70	2,019	,139
	Yetkin değer	59	17,68	2,201	
	Kısmen Yetkin	188	17,18	2,626	
Kaynakların Kullanımı	Yetkin	103	11,18	2,516	,665
	Yetkin değer	59	11,17	2,518	
	Kısmen Yetkin	188	11,41	2,342	

Çalışma grubumuzun 192 (%54,9)’si gelecekte kendi ebeveynleri ile yaşamayı istediklerini beyan etmişlerdir. Gelecekte kendi ebeveynleri ile aynı evde yaşamayı isteyen ve istemeyenleri UCLA GA puanları açısından karşılaştırdığımızda, toplam puan ve kaynakların kullanımında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Tıbbi bakım ve

sosyal değerler alt alanlarında gelecekte kendi ebeveynleri ile yaşamayı istemeyenlerde skorlar daha yüksek bulunmasına rağmen; merhamet alt alan puanı aynı evde yaşamayı isteyenlerde daha yüksek bulunmuştur. Merhamet skorları yüksek olanların gelecekte ebeveynleri ile birlikte yaşama istekleri olduğu izlenimi edinilmiştir (Tablo 13).

Tablo13.Katılımcıların gelecekte kendi ebeveynleri ile aynı evde yaşamayı isteme durumuna göre UCLA GA puanlarının karşılaştırılması.

	Gelecekte Kendi Ebeveynleri ile Aynı Evde Yaşamayı İsteme	n	Ortalama Skor	Standart Deviasyon	p Değeri
Toplam Puan	Evet	192	46,05	5,434	0,344
	Hayır	158	46,63	5,991	
Tıbbi Bakım	Evet	192	12,19	2,515	0,009
	Hayır	158	12,93	2,742	
Sosyal Değerler	Evet	192	4,83	1,689	0,009
	Hayır	158	5,34	1,884	
Merhamet	Evet	192	17,70	2,244	0,014
	Hayır	158	17,07	2,539	
Kaynakların Kullanımı	Evet	192	11,32	2,434	0,919
	Hayır	158	11,29	2,437	

Yaşlı hastalara hastalıkları ve ilaçları ile ilgili bilgilendirme durumu ile ilgili olarak; bilgi verme, vermeme ve kısmen bilgi verme şeklinde yapılan gruplamaya göre katılımcılar değerlendirilmiştir. Toplam skorda, alt alanlarda grupla ayrı ayrı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Buna karşın Aile Sağlığı Merkezleri'nde yaşlılara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini uygulama olanağı olan ve bu hizmeti veremeyen sağlık çalışanları arasında ise UCLA GA tutum anketinin toplam skor ve alt alanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. Yaşlı bireylere karşı koruyucu sağlık hizmetlerini kurumlarında uygulayabildiklerini belirten sağlık çalışanı oranı %40.3 iken, kısmen bu hizmeti verebilenler %45.7 idi ve %14 kadarı da koruyucu sağlık hizmetini hiç veremediklerini belirtmişlerdir (Tablo 14).

Yaşlı hastalar kronik hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçları reçetelendirmeye geldiklerinde, onlara hastalıkları ve kullandıkları ilaçlarla ilgili ayrıntılı bilgilendirme yapanların oranı %79.7 düzeyinde olup hayli yüksek bir orandaydı; bunlara kısmen bilgilendirme yapanların %18.6'lık oranı da dahil edilirse hastaların büyük çoğunluğunun kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgi aldıklarını söyleyebiliriz. Bununla birlikte UCLA GA tutum anketi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda bilgilendirme yapanlar ve diğerleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo14. Yaşlı bireylere koruyucu sağlık hizmeti uygulama durumu.

Yaşlılara Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Sayı	%
Uygulama var	141	40,3
Kısmen uygulama	160	45,7
Uygulayamama	49	14
Toplam	350	100

Kendilerine kayıtlı yaşlı bireylere sadece ilaç bilgilendirmesi değil, aynı zamanda gerektiğinde yaşam tarzı değişikliği de yapılması gerektiğini anlatan sağlık çalışanlarının oranının da oldukça yüksek olduğunu ifade etmek doğru olur; sırasıyla evet %68, kısmen %29.7 ve hayır sadece %2.3 saptanmıştır (Tablo15). Belirlenen gruplamaların UCLA GA tutum anketinin toplam skor ve alt parametrelerine göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında ise anlamlı farklılıklar saptanmamıştır.

Tablo15. Sağlıklı yaşam tarzı değişikliği konusunda bilgilendirme.

Yaşam Tarzı Değişikliği Bilgilendirmesi	Sayı(n)	%
Anlatıyor	238	68,0
Kısmen anlatma	104	29,7
Anlatma yazma ayıramama	8	2,3
Toplam	350	100

5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde giderek artan yaşlı nüfusun artan sağlık gereksinimleri nedeniyle ilk başvurduğu sağlık kurumları Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezleridir. Sağlık çalışanlarının yaşlılara hak ettikleri sağlık bakımını verebilmeleri için, yaşlıların karmaşık sağlık gereksinimlerinin farkında olmaları ve yaşanabilecek iletişim sorunlarının üstesinden gelmeleri gerekir. Ülkemizde, sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik tutumları sağlık alanında farklı bölümlerde eğitim görenlerin dahil edildiği çok sayıda çalışma ile değerlendirilmiştir. Şahin ve arkadaşları (2012), üçüncü basamak kurumunda, hemşirelik ve tıp öğrencileri (mezuniyet öncesi grup) ile mezuniyet sonrası grubu (asistan ve pratisyen hekimler, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen ve psikolog ve dahiliye asistanları ve uzman hekimler) karşılaştırmışlar; yaş, cinsiyet, evde yaşlı bireyin olması ile tutum puanları arasında ilişki saptamamışlardır. Uzman doktorların yaşlıya karşı öğrencilerden daha olumlu tutum sergilediklerini saptamışlardır. Kronik hastalıkları ve fonksiyonel bozuklukları olan yaşlıların artan sağlık hizmetleri talebi, fizyoterapist ve diyetisyenler gibi diğer sağlık profesyonellerinin bakım sunumuna katkılarını gerektirmektedir, bu nedenle tutumlarının anlaşılması da önemlidir (Liu ve arkadaşları, 2012). Birinci basamak sağlık kurumlarında yaşlıya yönelik tutumlar az sayıda çalışmada değerlendirilmiş olduğundan bu çalışmada, bölgemizde aile sağlığı merkezinde çalışan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Kalaycı ve arkadaşları (2017), 18 araştırmanın dahil edildiği bir sistematik analizde, ülkemizde sağlık çalışanları ve öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarının olumlu olduğunu saptamışlardır. Bu değerlendirmede yalnızca bir çalışmada, ki bunda hemşirelik, tıp ve sağlık astsubay öğrencileri dahil edilmişti, yaşlılara yönelik olumsuz bir tutum bildirilmiştir (Köse ve arkadaşları, 2015). Bir üniversite hastanesinin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde çalışan araştırma görevlilerinin Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) kullanılarak yaşlıya yönelik tutumları değerlendirilmiş ve yaşlılara karşı olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir (Şimşek ve arkadaşları, 2019). Ögenler ve arkadaşları (2012), hastane, birinci basamak sağlık kurumu ve üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin yaşlıya tutumlarını YATÖ ölçeği ile değerlendirmiştir. Araştırmacılar, görev yeri üniversite olan, görev alanı asistan, medeni durumu bekar olan, çocukları evlendikten sonra beraber yaşamak isteyen hekimlerin yaşlılara

karşı daha olumlu tutuma sahip olduklarını belirlemişlerdir ($p<0.05$). Polat ve diğerleri (2014), bir üniversite hastanesinin dahili ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşire ve doktorların katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, ortalama YATÖ toplam puanı, hemşireler için 80,02 ve doktorlar için 83,17 olarak tespit etmişler ve farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşlılığa yönelik olumlu tutumunu göstermektedir. Bununla birlikte, araştırmacılar, çalışmadaki hemşire ve doktorların çoğunluğunun zihinsel yetenek, öğrenme ve hatırlamanın yaşlılarda azaldığını düşündüklerini de tespit etmiştir. Bu sonuç hemşirelerin ve hekimlerin yaşlanmaya karşı bir miktar önyargıya sahip olduğunu göstermektedir (Polat ve arkadaşları, 2014). Pehlivan ve Vatansever (2019), bir üniversite hastanesinde görev yapan hemşireleri değerlendirdikleri çalışmalarında, özel birimlerde (ameliyathane ve yoğun bakımlar) çalışan hemşirelerin, diğer kliniklerde (dahiliye, cerrahi, poliklinik) çalışan hemşirelere göre UCLA GA ve KOGAN yaşlı tutum puan ortalamalarının daha düşük saptandığını bildirmişlerdir ($p<0.05$).

Koç ve arkadaşları (2020), tıp öğrencileri ve hemşirelik öğrencilerini değerlendirdikleri çalışmalarında, yaşlıya yönelik olarak saptanan olumlu tutumun, yaşlılara saygı duyulması, tavsiyelerine uyulması ve özen gösterilmesi gerektiği yönündeki Türk geleneksel kültürel tutumlarının bir sonucu olabileceği yorumunda bulunmuşlardır. Bu çalışmada, öğrencilerin sağlık okullarına gelmeden önce yaşadıkları yerin kültürel özelliklerinin, öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarının oluşumuna etki gösterebileceği ileri sürülmüştür (Koç ve arkadaşları, 2020). Şimşek ve arkadaşlarının (2019)da, YATÖ ölçeği ile saptadıkları yüksek ortalama skorların, yaşlılara saygı ve itaat, yaşlıların korunması gibi geleneksel ve değişmeyen Türk kültürünün bazı yönleri nedeniyle elde edildiğini belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmaya dahil edilen her dört hekimden üçünün, bağlı olunan aile yapısının yaşlıya yönelik tutumları etkileyeceğine inanmalarının, kültürel etkinin önemini ortaya koyduğu yorumunu yapmışlardır (Şimşek ve arkadaşları, 2019).

Ülkemizden 401 aile hekiminin yaşlılara tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, Elbi ve arkadaşları (2020), ortalama UCLA GA toplam puanını 41,79 olarak saptamış iken bizim çalışmamızda aile hekimlerinin toplam skorları 46,16 ile daha yüksek olarak belirlenmiştir. Hemşire ve hekimlerden oluşan tüm çalışma grubumuzun ortalama UCLA GA anketi toplam puanı ortalama 46,31 idi ve gruplar arasından anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamız İzmir bölgesindeki aile hekimliği çalışanlarının yaşlıya yönelik tutumlarının, farklı bir ilin sonuçları ile karşılaştırıldığında, daha olumlu olduğunu düşündürmektedir.

Pehlivan ve Vatansever (2019)'in çalışmasında, özel birimlerde (ameliyathane ve yoğun bakımlar) çalışan hemşirelerin UCLA GA puanını 45,94 olarak en düşük ve poliklinikte çalışan hemşirelerde ise 50,36 skorla en yüksek olarak saptamışlardır. Bizim çalışmamızda bölgemiz ASM'lerinde çalışan hemşirelerin toplam UCLA GA skorları 46,84 olarak saptandı. Çalışmamızdaki veriler, 3.basamak sağlık kurumunda görev alan yoğun bakım ve ameliyathane hemşireleri ile karşılaştırılabilir şekilde benzer toplam tutum skoru saptanması, ASM'de çalışan hemşirelerin çalışma yükünün ağırlığının tutuma etkisini yansıtıyor olabilir. Erdoğan Yüce (2020), sağlık hizmetleri alanında öğrenim gören öğrencileri kapsayan değerlendirmesinde, UCLA GA ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasını 48,55 olarak belirlemiştir.

Yaş ayrımcılığı ile ilgili araştırmalar, yaşlılara yönelik tutumların en çok cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerinden etkilendiğini bildirmiştir (Liu ve arkadaşları, 2012). Kalaycı ve arkadaşları (2017)'nin sistematik derlemesi kapsamındaki araştırmalarda, tutum üzerinde en fazla yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşlı ile yaşama ve yaşlı ile çalışma deneyiminin etkisinin değerlendirildiği belirtilmiştir. Uluslararası çalışmalarda cinsiyetler ile ilgili karşılaştırmalar gözden geçirildiğinde, katılımcıların yaşı, mesleği, meslekteki çalışma yılı gibi bazı faktörlerin tutum puanlarını etkilediği dikkati çekmektedir. Tıp öğrencilerinin dahil edildiği bir çalışmada, kadın katılımcıların yaşlılara tutumlarının daha olumsuz olduğu ve benzer şekilde birinci sınıf öğrencilerinin yaşlıya yönelik olumsuz tutum puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Sheikh ve arkadaşları, 2013). Vietnam'da aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan pratisyen hekimlerin yaşlılara tutumlarının değerlendirildiği çalışmada, cinsiyetler arasında total tutum puanları açısından farklılık saptanmamış olmakla birlikte “yaşlının yaşamını sınırlama” alt alanında kadınların puanları daha düşük olduğu raporlanmıştır (Phong ve arkadaşları, 2020). Bu çalışmada, kadın hekimlerin yaşlıya karşı tutumlarının daha iyi olma nedenini de kadınların genellikle yaş almış bireyler dahil tüm ailenin sağlık durumları ile daha yakından ilgilenmeleri olduğu sonucunu belirtmiştir (Phong ve arkadaşları, 2020).

Elbi ve arkadaşları (2020), kadın katılımcıların tutum skorlarını daha yüksek düzeyde saptamıştır. Çoklu değişkenli analizlerde, UCLA GA ölçeği toplam puanını etkileyen ve anketin “sosyal değerler” alt alan puanının belirleyicileri arasında yer alan tek değişken, cinsiyet olarak bulunmuştur (Elbi ve arkadaşları, 2020). YATÖ değerlendirme anketinin kullanıldığı başka bir çalışmada, yaşlı bireylerle yaşayan hemşirelik öğrencisi kızların anket skorları, erkek öğrencilerden daha yüksek olarak bildirilmiştir (Usta ve arkadaşları, 2012).

Geleneksel olarak toplumumuzda yaşlı bakım ve desteği, aile içerisinde genellikle, meslekleri ev hanımı olan kadınlar tarafından sağlandığı için öğrenci hemşirelerin de bu misyona olumlu baktığı öne sürülmüştür (Koç ve arkadaşları, 2020). Ülkemizde sağlık eğitimi alan ve sağlık alanında yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda yaşlılara yönelik tutumda kadın ve erkekler arasında farklılık bulunmamıştır (Yazıcı ve arkadaşları, 2016; Polat ve arkadaşları, 2014; Pehlivan ve Vatansever, 2019; Ögenler ve arkadaşları, 2012, Şahin ve arkadaşları, 2012; Can ve arkadaşları, 2019; Yönder Ertem ve Yıldırım, 2020). Çalışmamızda bu verileri destekler nitelikte olup UCLA GA tutum anketinin toplam puanı ve tıbbi bakım, sosyal değerler, merhamet ve kaynakların kullanımı alt alanları açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Kalaycı ve arkadaşları (2017), meta analizinde kadın cinsiyet ile ilişkili olarak olumlu tutum ön planda bildirilmiştir.

Araştırmalarda kadın cinsiyet olumlu tutumla ilişkilendirilmiş olmasına rağmen kız öğrencilerin yaşlıya yönelik tutumlarının erkek öğrencilere göre daha olumsuz olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Köse ve arkadaşları, 2015; Şahin ve Erdem, 2017). Koç ve arkadaşları (2020), çalışma grubunda yer alanlardan eğitimlerinin ilk yıllarındaki öğrencilerde olumsuz tutumlar saptanırken; sonraki yıllarında olanların olumlu tutumları olmasının, öğrencilerin farkındalıklarında artışın ve yaşlıların her zaman bağımlı olmayabildikleri düşüncesinin bir sonucu olabileceği yorumuna varmışlardır. Tıp öğrencilerinin bilgilenmesi ve yıllar içerisinde olgunlaşmalarının yaşlılara yönelik tutumlarını olumlu yönde değiştirmiş olabileceği belirtilmiştir (Koç ve arkadaşları, 2020).

Sağlık alanında farklı görevleri bulunan kişilerin yaşlıya tutumları birçok uluslararası çalışmada değerlendirilmiştir. Erdoğan Yüce (2020), Yaşlı Bakım, Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik programlarında öğrenim gören öğrencilerin UCLA GA total puanlarını bölümler arasında farklı bulmamasına rağmen, alt alanlarda farklılıklar saptamıştır. Sosyal değer alt boyutunda Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama programındaki öğrencilerin, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik programındakilere göre; şefkat alt boyutunda ise Yaşlı Bakım programındaki katılımcıların Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama programındaki öğrencilere göre daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır (Erdoğan Yüce, 2020). Wang ve arkadaşları (2009), öğrenci hemşirelerin tıp öğrencilerine göre daha olumlu tutum sergilediklerini saptamıştır. Öğrenci hemşirelerin %75'i gelecek yaşamlarında gerontoloji kariyeri düşünebileceklerini belirtirken; tıp öğrencilerinin ancak %35'i gerontolojik kariyer düşüncesini belirtmişlerdir (Wang ve arkadaşları, 2009). Benzer şekilde Wells ve arkadaşları (2004), hemşirelerin daha yüksek kaygı düzeylerine rağmen

yaşlılara karşı, doktorlardan daha olumlu tutum sergilediklerini göstermişlerdir. Literatürde hekimlerin yaşlılara yönelik tutumlarının nötr ya da olumlu olduğu bildirilmiştir (Leung ve arkadaşları, 2011). Polat ve arkadaşları (2014), hekimlerin YATÖ toplam puan ve “yaşlıların yaşamını sınırlama” alt boyutundaki puan ortalamalarını, hemşirelerin puanlarından daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Uluslararası çalışmaların dahil edildiği sistematik bir derlemede, sağlık alanında görevli kişiler arasında, olumlu, olumsuz ve tarafsız tutumlarla ilgili tutarsız bulgular saptanmış olmasına rağmen çoğu çalışma olumlu tutum bildirmiştir (Liu ve arkadaşları, 2012). Yang ve arkadaşları (2015) tarafından Yaşlanma Semantik Farklılaşma Ölçeği kullanılarak yapılan çok merkezli bir çalışmanın sonuçları, genel olarak Çin’de pratisyen hekimlerin yaşlı insanlara karşı olumsuz bir ön yargısının olmadığı ve daha çok nötr bir tutum sergilediklerini göstermiştir. Çin kültüründe yaşlı insanların, çok değer gördükleri, kendilerine saygı gösterildiği ve yüksek bir statüye sahip olduklarını ve bu değerlerin çalışma sonuçlarını açıklayabileceği vurgulanmıştır (Yang ve arkadaşları 2015).

Vietnam ataya ve yaşlısına saygı geleneğinin olduğu geleneksel bir ülke olarak Türkiye’ye benzetilmektedir. Kuzey Vietnam’daki dört il, 81 toplum sağlığı istasyonu ve 4 tıp merkezinden doktorlar, Eylül 2018-Mayıs 2019 tarihlerinde, toplantı ve görüşmelere katılmaya davet edilerek yaşlıya yönelik tutum değerlendirilmiş ve sonuçları yayımlanmıştır. Her bölgede farklı yöntemle, örneğin kongre ve toplantı yoluyla hekimlerle bir araya gelerek ya da belediye sağlık istasyonlarındaki hekimlerle direkt ulaşarak, görüşmeler yapılmış. Değerlendirme ölçeği olarak YATÖ kullanılmış. Bu çalışmada birinci basamak hekimlerinin ortalama 67.81 YATÖ toplam puanı ile yaşlılara yönelik olumlu tutumlara sahip oldukları saptanmıştır (Phong ve arkadaşları, 2020). Şimşek ve arkadaşları (2019), bir üniversite hastanesindeki asistan doktorları değerlendirdiği çalışmada, ortalama YATÖ puanı 86.9 olarak belirlenmiştir. Ögenler ve arkadaşları (2012), hastane, birinci basamak kurumu, üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin yaşlıya tutumlarını YATÖ ölçeği ile değerlendirmişler ve ortalama puanı 86,54 olarak saptamışlardır. Mersin ilinde farklı kurumlarında görev yapan hekimlerin yaşlıya yönelik olarak olumlu tutuma sahip oldukları görülmüştür (Ögenler ve arkadaşları, 2012). Polat ve arkadaşları (2014), üniversite hastanesindeki hemşire ve hekimleri dahil ettikleri çalışmalarında da YATÖ skoru 83.17 olarak bulunmuştur.

Koca ve Seferoğlu (2020), İzmir’de bir üniversite hastanesinde çalışan ve çoğunluğu asistan hekim olan dahiliye, nörolog ve psikiyatristlerin UCLA GA toplam puanlarını

sırasıyla 44.3, 45.7 ve 43.3 olarak belirlemişlerdir. Nörologların daha yoğun geriatri eğitimi almalarına, yatarak ve ayakta tedavi gören daha fazla yaşlı hasta görmelerine rağmen geriatrik hastalara karşı tutumlarının psikiyatri ve dahiliye uzmanları ile benzer olduğu görülmüştür (Koca ve Seferoğlu, 2020). Bizim çalışma popülasyonumuzda, Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) çalışan aile hekimlerinin toplam skorları 46,16 ile daha yüksek saptanmıştır. ASM’de çalışan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları karşılaştırıldığında, toplam puan, tıbbi bakım, sosyal değerler ve kaynakların kullanımı alt alanında gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Ancak “merhamet” alt alanında yapılan karşılaştırmalarda, hekimlerin skorları diğer gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ögenler ve arkadaşları (2012), araştırmaya katılan birinci basamak hekimlerinin, üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan hekimlere göre yaşlıya karşı daha olumlu tutum sergilediğini ortaya koymuşlardır. Araştırmacılar, hekimler arasında saptadıkları tutum değişikliklerinin, kültürel farklılıklardan çok, çalışma koşulları ve görev alanlarından etkilenebileceğini vurgulamışlardır (Ögenler ve arkadaşları, 2012).

Elbi ve arkadaşları (2020), UCLA GA tıbbi bakım alt ölçek puanının, aile hekimliğinde çalışma süresinin artışı ya da tıp doktoru olma ve yaşın artmasıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu saptamışlardır. Aile hekimlerinin kentsel/kırsal alanda çalışması ve aile hekiminin hizmet verdiği yaşlı nüfus yüzdesine göre yapılan karşılaştırmalarda tutum puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Elbi ve arkadaşları, 2020). Bununla birlikte bazı çalışmalarda, araştırılan popülasyonda, yaş gruplarına göre yaşlıya yönelik tutumda farklılıklar gözlenmiştir. Bazı çalışmalarda yaş arttıkça yaşlıya yönelik tutum skorlarının da arttığı gösterilmiştir (Leung S, 2011 ve Lambrinou E, 2009). Phong ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, 40 yaş üstü doktorların yaşlılara karşı daha olumlu yaş ayrımcılığına sahip olduğunu belirlemiştir. Leung ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, hekimin 30 yaş ve üzerinde olmasının yaşlılara yönelik daha olumlu tutumlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Leung ve arkadaşları, 2011).). Türkiye’de yakın geçmişte genç aile hekimleri arasında yapılan bir ankette, 30 yaş ve altı hekimlerin ve aile hekimliği asistanlarının yaşlanmaya karşı anlamlı ölçüde daha olumlu tutuma sahip oldukları bulunmuştur (Çalışkan ve arkadaşları, 2018). Elbi ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında, 40 yaş altı hekimlerin UCLA GA sosyal değerler alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek bulundu. Bizde 40 yaş sınır değerine göre grupladığımız olgulardan 40 yaş ve altı grupta, yani daha genç olan sağlık çalışanlarında, “tıbbi bakım” alt alanı puanlarını daha yüksek olarak bulduk. Kırk yaş üzerindeki grupta ise “merhamet” alt alanı puanı istatistiksel olarak anlamlı

derecede yüksekti. Kırk yaş ve altı hekim ve hemşirelerin “tıbbi bakım” alt alan skorlarının yüksekliği, yaşlılarla iletişimde deneyim eksikliği veya geriatri eğitimi konusundaki yetersizlik hissetmeleri nedeniyle daha titiz ve ayrıntıcı tıbbi bakım sunması sonucuna yol açıyor olabilir. Kırk yaş üzeri grupta “merhamet” alt alanı skorlarının yüksekliği ise yaşlılarla iletişimin sağlandığı ve yaşının uzun süredir izlenmesi nedeniyle ihtiyaç ve gereksinimleri konusundaki farkındalığın artmasına bağlı olabilir. Ayrıca sağlık çalışanının kendi ebeveynlerinin yaşlandığı bir dönemi de içermesi nedeniyle empatik bir yaklaşım sonucu “merhamet” skorları yükselmiş olabilir.

Yazıcı ve arkadaşları (2016), yaş ve tutum skorları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptamış olup yaşlılara karşı tutumun olumlu olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada 20 yaş ve üzerinde olan ve şehirde yaşayan öğrencilerin daha olumlu tutumlar sergilediği gösterilmiştir (Yazıcı ve arkadaşları, 2016). Ülkemizden hemşirelik, tıp öğrencileri ve hekimlerin dahil edildiği birkaç çalışmada yaşla tutum skorlamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Şahin ve arkadaşları, 2012; Demiray ve diğerleri, 2017; Polat ve arkadaşları, 2014; Ayoğlu ve arkadaşları, 2014; Can ve diğerleri, 2020; Koç ve diğerleri, 2020; Yönder Ertem ve Yıldırım, 2020). Koç ve arkadaşları (2012), çalışmaya katılan öğrencilerin yaş aralığının küçük olmasının, öğrencilerin yaşları ile yaşlılara yönelik tutumları arasında bir ilişki saptanmamasının nedeni olabileceğini yorumlamışlardır. Pehlivan ve Vatansever (2019) çalışmalarında, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde, korelasyon analizi ile yaş ve çalışmayılı arttıkça UCLA GA ve KOGAN yaşlıya yönelik tutum puanının arttığını belirlemişlerdir. Yukarıda belirtilen sonuçlardaki farklılıklardan sorumlu nedenlerin, kullanılan değerlendirme yöntemleri, ölçekler ve kültürel farklılıklar olması ihtimal dahilinde olabilir (Phong ve arkadaşları, 2020). Çalışmamız verilerine göre, yaş ve UCLA GA tutum anketinin toplam puan ve alt alan puanları korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, yalnızca tıbbi bakım alt alanının yaşla ters oranda zayıf korelasyon gösterdiği; çalışmaya katılanların yaşları arttıkça tıbbi bakım verme puanlarının azaldığı saptanmıştır. Ögenler ve arkadaşları (2012), çalışmalarında, görev yeri üniversite olan, görev alanı asistan, medeni durumu bekar olan, çocukları evlendikten sonra beraber yaşamak isteyen hekimlerin yaşlılara karşı daha fazla olumlu tutuma sahip olduklarını belirlemişlerdir ($p<0.05$). Ancak bu çalışmada yaş ayrımcılığı ile cinsiyet, medeni durum, doğum yeri ve aile yapısı arasında anlamlı bir ilişki ayırt edilmemiştir (Ögenler ve arkadaşları, 2012). Koca ve Seferoğlu (2020), çalışmalarında olumlu tutuma yol açan özelliklere ilişkin yaptıkları analizde, cinsiyet, yaş,

medeni durum, uzmanlık süresi, geriatri eğitimi alma ve aylık takip edilen yaşlı hasta sayısı ile ilişkileri açısından anlamlılık saptamamışlardır.

Elbi ve arkadaşları (2020), çalışma süresi ile tutum skorlarına ilişkin yaptıkları değerlendirmede, aile hekimliğinde çalışma yılı ortalaması 6,5 yıl iken, aile hekimliği için kesme yılı 6 yıl, hekimin çalışma süresi için kesme yılı 15,3 yıl saptamışlardır. Buna göre gruplanan katılımcılardan, 15 yıl ve daha uzun süredir çalışan hekimlerin (toplam alt ölçek ortalama puanı=13.33, $p<0.005$) ve aile hekimliği sisteminde 6 yıldan fazla çalışanların (toplam alt ölçek puan ortalaması=13.33, $p<0.002$) tıbbi bakım alt ölçek puanlarının daha yüksek bulunduğu; yaşlıya karşı daha olumlu tutum sergiledikleri bildirilmiştir. Ancak Polat ve arkadaşları (2014) çalışmalarında ise, çalışma süresinin tutum skorlarına hiçbir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Çalışmamız verilerine göre, meslekteki çalışma yılları tutum skorları ile karşılaştırıldığında, 15 yıl ve altında çalışanlarda “merhamet” alt alanındaki puan daha düşük iken, çalışma yılları 15 yıl üzerinde olanlarda puan daha yüksek bulunmuştur. Meslekte kıdemlilik süresi arttıkça yaşlı bireyin gereksinimleri ve tercihlerini anlama ve bunlara saygı duyma bakış açısının gelişerek yaşlı ile iletişim becerilerinin artması mümkün olabilir.

Phong ve arkadaşları (2020), çalışma yılı için 10 yıl ve altı ile 10 yıl üzeri grubu karşılaştırmışlardır. YATÖ tutum skorları 10 yıldan fazla meslekte olanlarda daha yüksek saptanmış ve farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (69,7’ye karşılık 64,9; $p<0,001$). Aynı şekilde ölçeğin “yaşlının yaşamını sınırlama” alt alanında 10 yıldan uzun süre meslekte çalışanların skorları daha yüksek bulunmuştur (23,3’e karşılık 21,3; $p<0,011$). Çoklu değişkenli regresyon modelinde, çalışmayılı, YATÖ toplam tutum skorlarıyla ilişkili faktör olarak belirlenmiştir. Avustralya’da yapılan bir araştırmada ise, meslekte çalışma süresinin 10 yıl ve fazlası olması ve işteki üst düzey mevkide bulunmanın, yaşlılara yönelik daha olumlu tutumlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Leung ve arkadaşları, 2011).

Kalaycı ve arkadaşları (2017) meta analizinde, iki çalışmada yaşlılarla birlikte yaşama durumu ile yaşlıya yönelik tutum arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilirken, diğer araştırmalarda yaşlılarla birlikte yaşama durumunun tutuma etkisi bulunmamıştır. Bahadır ve arkadaşları (2018) çalışmalarında, evde yaşlı bireyle yaşama ve klinik uygulamada yaşlılarla çalışma deneyiminin olması gibi özelliklerin hemşirelik öğrencilerinin olumlu tutum sergilemeleri üzerine pozitif etkisi olmadığını saptamışlardır. Konu ile ilgili olarak asistanların yaşlılara tutumunun değerlendiren bölgemizden yapılan çalışmada, yaşamlarının bir döneminde yaşlılarla yaşayanların UCLA GA toplam puan ve alt alan puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Şahin ve arkadaşları, 2012). Çalışmamıza dahil

olan sağlık çalışanlarının “an itibariyle birlikte yaşadığı yaşlı olup olmama” durumuna göre UCLA tutum anketi skorları değerlendirildiğinde; toplam puan, sosyal değerler, merhamet ve kaynakların kullanımı açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı. Yalnızca tıbbi bakım alt alan skorları, birlikte yaşadığı yaşlısı olmayan grupta daha yüksek bulundu (12,65’e karşılık 11,88).

Vietnam çalışmasında yaşlılarla çalışmanın, sağlıklı yaşlılarla temasta olmanın ve yaşlı bireyler ile birlikte yaşamanın tutum skorlarında bir değişikliğe yol amadığı gösterilmiştir (Phong ve arkadaşları, 2020). Leung ve arkadaşları (2011), yaşlı hasta bakımı deneyimi olan profesyonellerin, bu deneyimi yaşamayan profesyonellere göre önemli ölçüde daha olumlu tutumlara sahip olduklarını bildirmişlerdir. Yaşlı insanlarla çalışma deneyimi olan hemşire ve doktorların, yaşlıların bakımıyla ilgili artan bilgileri, yaşlılarla etkili sosyal ilişkiler ve iletişim geliştirmeleri ve yaşlıların bakımına ve yaşlanma sürecine özgü konularda artan farkındalık nedeniyle olumlu davranışlar sergiledikleri şeklinde açıklamışlardır (Leung ve arkadaşları, 2011). Polat ve arkadaşları (2014), daha önce yaşlı hasta ünitelerinde çalışan hemşirelerin ve hekimlerin ortalama YATÖ puanlarının, řu anda yaşlılarla çalışan hemşire ve hekimlerden daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu nedenle yaşlılarla geçmiş iş tecrübesine sahip sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı daha olumlu tutum ya da daha az ayrımcılık yaptıkları kanaatine varılmıştır (Polat ve arkadaşları, 2014).

Konu ile ilgili diğer çalışmalarda ise yaşlı bireylerle yaşama ya da temas etmenin olumlu tutumları desteklediğine ilişkin veriler de mevcuttur. Pehlivan ve Vatansever (2019) alışmasında, yaşlı yakını olan, ocuk sahibi olan, ebeveyni vefat etmiş olan ve yaşlı ile birlikte yaşayan hemşirelerin UCLA GA yaşlı tutum puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Pehlivan ve Vatansever, 2019). Altay ve Aydın (2015), tek anneannesi ile birlikte yaşayan öğrencilerin “yaşlıların yaşamını kısıtlama” boyutunda, yaşlılarla birlikte yaşamayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar bildirmiştir. Koç ve arkadaşları (2020), yaşlılarla birlikte yaşayan tıp fakültesi ğrencilerinin AAS ortalama puanlarının yaşlılarla birlikte yaşamayanlara göre anlamlı oranda daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, sağlıklı yaşlılarla haftalık sosyal temasta bulunan hastane doktorlarının, sağlıklı yaşlılarla daha nadir iletişim kuranlara göre, daha olumlu tutum sergilediği gösterilmiştir (Leung ve arkadaşları, 2011). Benzer şekilde, 2017 yılında yapılan bir yurt dışı araştırma, yaşlılarla sık sık iletişim kuran veya yaşlı birey ile aynı ortamı paylaşan öğrencilerin, yaşlılara karşı daha az olumsuz tutum sergilediklerini göstermiştir (Smith ve arkadaşları, 2017). Bu sonuçlar, yaşlılarla aynı ortamda bir arada bulunmanın, yaşlılık

dönemini ve bu dönem özelliklerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayabileceği düşüncesine yol açmıştır. Yaşlıların, çocukluklarından başlayarak gençlerle vakit geçirmeleri için fırsatların yaratılması, gençlerin yaşlılara karşı olumlu tutum geliştirmelerine yardımcı olabileceği iddia edilmiştir (Koç ve arkadaşları, 2020).

Koca ve Seferoğlu (2020) çalışma bulguları sonuçları ile olumlu tutumun yaşlı akrabalara sahip olmakla önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Literatürde araştırmaların bir kısmında yaşlı akrabalarla yaşamanın tutumlar üzerinde etkisi olmadığı belirtilirken, diğerlerinde yaşlı akrabalarıyla yaşama öyküsü olanlarda olumlu tutumlar saptanmıştır (Usta ve arkadaşları, 2012; Şahin ve arkadaşları, 2012). Bu bulgu, sağlıklı yaşlılara daha fazla maruz kalmanın bireylerin yaşlılara karşı olumlu tutumlar edinmelerine yardımcı olabileceğini düşündürmektedir (Koca ve Seferoğlu, 2020). Koç ve arkadaşları (2020), hemşirelik ve tıp öğrencilerini değerlendirdikleri çalışmalarında, gelecekte yaşlılarla birlikte yaşamayı, mezun olduktan ve evlendikten sonra yaşlılarla birlikte yaşamayı, mezun olduktan sonra yaşlı bakımı yapan bir kurumda çalışmayı isteyen ve yaşlı çalışan istihdam eden bir kurumda çalışmak isteyen öğrencilerin YATÖ puan ortalamalarının, istemeyen öğrencilere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bir başka çalışmada da ailelerini desteklemek için ebeveynleri ile birlikte yaşamayı planlayan öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve Özkan, 2010). Özdemir ve Bilgili'nin (2016) yaptığı çalışmada, mezuniyet sonrası yaşlılarla çalışmak isteyen, yaşlılarla birlikte yaşayan ve eğitimlerinin bir parçası olarak yaşlılara sağlık hizmeti sunma deneyimi yaşayan öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Gelecekte yaşlı insanlarla çalışmak isteyen hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları ayırt edilmiştir (Darling ve diğerleri, 2017). Bununla beraber, son yıllarda, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bakımına ilgilerinin azaldığı da bildirilmektedir (Köse ve arkadaşları, 2015; Koç ve arkadaşları, 2020). Ne yazık ki tıp eğitiminin asistanlara ve tıp öğrencilerine verildiği üniversite hastanelerinde kritik ve ağır hasta yaşlı profili tutumları olumsuz etkileyebilmektedir. Bahadır ve arkadaşları (2018), evde yaşlı bireyle yaşamak ve klinik uygulamada yaşlılarla çalışma deneyimi olması gibi durumlarında olumlu tutum sergileme üzerine pozitif etkisinin olmadığını ortaya koymuşlardır. Bazı uluslararası çalışmalarda yaşlılarla yaşamanın, onlarla iletişim kurmanın veya yaşlılarla çalışmanın yaşlılara yönelik tutumlar ile ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (Phong ve arkadaşları, 2020).

Ülkemizde her ne kadar sanayileşme ile paralel olarak aile yapısı değişmekteyse de halen güçlü aile ilişkileri sürdürülmektedir ve yaşlıya bakma sorumluluğu çoğunlukla aile üyeleri tarafından yerine getirilmeye çalışılmaktadır (Pehlivan ve Vatansever, 2019). Ülkemizde altı üniversite hastanesinde iç hastalıkları asistanlarının dahil edildiği multisentrik bir çalışmada, kültürel, dini ve sosyal değerlerin yaşlıya yönelik tutumda önemli belirleyiciler olduğu sonucuna varılmıştır (Tufan ve arkadaşları, 2015). Ögenler ve arkadaşları (2012), gelecekte çocuklarıyla birlikte yaşamayı düşünen hekimlerin olumlu düşünceleri nedeniyle, yaşlıya yönelik ayrımcılık konusunda daha az negatif tavır sergilediklerini; ancak halihazırda ebeveyni ile birlikte yaşayan hekimlerin ise, durumdan olumsuz etkilenip negatif tavır bildirdiklerini vurgulamışlardır. Bizim çalışmamızda ise, katılımcıların %83,4 gibi büyük çoğunluğunun, ailelerinde bakmakla yükümlü oldukları yaşlı bireyler olmasına rağmen, bir süre yaşlıları ile yaşamış olanlar ve olmayanların total tutum puanlarında anlamlı bir fark saptanmadı. Öte yandan hali hazırda yaşlı bir bireyle birlikte yaşayanlarda tıbbi bakım alt alanı ortalama skoru, yaşlı ebeveynleri ile yaşamayanlardan daha düşük bulundu. Aynı şekilde gelecekte kendi ebeveynleri ile birlikte yaşamayı isteyenlerde tıbbi bakım ve sosyal değerler alt alan skorları daha düşük bulundu. Yaşlı ebeveynleri ile ilgili uzun süreli sorumluluğun, bir süre sonra günlük rutinde gelişebilecek bir “tükenmişlik” durumu ve bunun sonucu yaşlıya yönelik tutumlarda ve eninde sonunda bakım kalitesinde azalmaya yol açması olasıdır. Buna karşın merhamet alt alan puanı, gelecekte ebeveynleri ile aynı evde yaşamayı isteyenlerde daha yüksek bulunmuştur. Buda, yaşlıya yönelik geleneksel bakış açısını yansıtır bir bulgu gibi görünmektedir.

Tıp öğrencisi ve asistan eğitiminin verildiği üniversite hastanelerinde çoklu komorbiditeleri olan kritik ve ağır yaşlı hasta profilinin, yaşlıya bakış açısı ve yaşlıya yönelik tutumları olumsuz etkileyebileceği iddia edilmişse de çalışmaların çoğunda pozitif tutumlar dikkati çekmektedir (Koca ve Seferoğlu, 2020). Tufan ve arkadaşları (2015), dahiliye asistanlarının yaşlılara yönelik tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, %83,6’sının pozitif tutum sergilediklerini saptamışlardır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, geriatri eğitiminin yaşlılara yönelik tutumlar üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Çok değişkenli analizde ise dahiliye uzmanlığı sırasında geriatri rotasyonu yapmanın, yaşlılara yönelik olumlu tutumlarla ilişkili tek bağımsız faktör olduğu belirlenmiştir (Tufan ve arkadaşları, 2015). Şahin ve arkadaşlarının geçerlik ve güvenlik çalışmasında, gerek UCLA GA gerekse YATÖ’nden alınan toplam puanları her iki grupta karşılaştırdıklarında, öğrencilerin uzmanlardan anlamlı düzeyde daha düşük puanlara sahip olduklarını

saptamışlardır (Şahin ve arkadaşları, 2012). Bu durumun eğitim ve iş tecrübesi ile ilişkilendirilebileceği sonucuna ulaşmışlardır. Bizim çalışmamızda ise değerlendirdiğimiz sağlık çalışanlarının, yaşlı sağlığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre UCLA GA skorlarında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Akbal ve arkadaşları (2018), hemşirelik öğrencileri ile yaptığı tutum çalışmasında dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıflara göre daha yüksek derecede olumlu tutum olduğu göstermiştir. Zehirlioğlu ve arkadaşları (2016) ile Kılıç ve Adıbelli (2011) da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada spesifik olarak geriatri eğitimi alan asistanlar arasında anlamlı şekilde olumlu tutum sergiledikleri bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda fark saptamamızın nedeni, hem eğitim alan hekim ve hekim dışı sağlık personelinin sayısı ve hem de eğitim sürelerinin az olmasına bağlanabilir. Koca ve Seferoğlu (2020), üç farklı uzmanlık alanındaki asistanların tutum puanlarının tıp fakültesinde ya da asistanlık döneminde geriatri eğitimi alma durumuna göre farklılık saptanmamış olmasının bazı yönlerini tartışmışlardır. Tıp fakültesi eğitimi sırasında, geriatri eğitimi alan kişi sayısının az olması, geriatri eğitim sürelerinin kısa olması, geriatri eğitiminin alınmasından bu yana geçen sürenin uzun olması ile ilişkili olabileceğini iddia etmişlerdir. Mezuniyet sonrası geriatri eğitiminin yaşlılara yönelik tutumu iyileştirebileceğini ileri sürmüşlerdir (Koca ve Seferoğlu, 2020).

Yang ve arkadaşları (2013), pratisyen hekimlerin, yaşlanmanın zihinsel ve sosyal gerçekleri konusundaki farkındalıklarının, fiziksel gerçeklere kıyasla daha zayıf olduğunu ortaya koymuştur. Ek olarak yaşlanma bilgisi ile ilgili eğitim müdahalelerine duyulan ihtiyacı vurgulamıştır (Yang ve arkadaşları, 2013). Yönder Ertem ve Yıldırım (2020)'a göre, yaşlı bakım dersine katılan üniversite öğrencilerinin yaş ayrımcılığına karşı olumlu bir tutum geliştirdikleri belirlenmiştir. Araştırmalarında, “gelecekte anne/baba veya her ikisi ile birlikte yaşamayı isteme” yanıtlarının YATÖ toplam puan ortalamasına anlamlı bir etkisi olmuştur. Yazarlar, bu çalışma sonuçları doğrultusunda öğrencilerin ve toplumun yaşlı ayrımcılığına yönelik görüşlerinin belirlenmesi, farklı bölgelerdeki üniversitelerde bölgesel farklılıkların giderilmesi için müdahale çalışmalarının planlanması, olumsuzlukların nedenlerini ortaya koyacak araştırmaların yapılmasını önermişlerdir (Yönder Ertem ve Yıldırım, 2020).

Önemli bir bulgu, öğrencilerin sınıfta gerontolojik içerikle veya klinik ortamla ilgilenmesinin, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı kişilere yönelik tutumlarını iyileştirmesiyle sonuçlanmasıdır (Hovey ve arkadaşları, 2017). Toplumdaki sağlıklı yaşlı bireylerle ilk karşılaşmaya olanak sağlayan eğitim programlarının olması ve yaşlıya karşı olumlu tutumu etkileyebilecek eğitimlerin organize edilmesi gerektiği çeşitli araştırmacılar tarafından

önerilmektedir (Şahin ve arkadaşları, 2012; Wilkinson ve arkadaşları, 2002; Eskilsen ve Flacker, 2009). Aslında Lee ve meslektaşları, kişisel yaşamın yaşlanmaya karşı olumlu tutumları desteklediğine ve geriatrik rotasyonlarda sağlıklı yaşlılarla etkileşimin, doktorların yaşlanmaya karşı önceden var olan olumsuz tutumlarını ortadan kaldırdığına inanıyorlardı (Lee ve arkadaşları, 2005). Tüm çalışmalarda geriatri eğitimine ne kadar erken ve sağlıklı yaş almış bireylerle temas şeklinde başlanırsa; yaşlıya karşı olumlu tutum üzerine o kadar iyi etkisi olduğu vurgulanmıştır (Şahin ve arkadaşları, 2012). Leung ve arkadaşları (2011), tutuma etkili olabilecek faktörlerin dahil edildiği çok değişkenli analizde, cinsiyet, konum, yaşlı bakımına ilgi ve yaşlı insanlarla sosyal temasın, doktorların yaşlılara yönelik tutumlarını önemli ölçüde etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada ayrıca, yaşlı bakım alanında çalışma deneyimi ile yaşlıya ilg arasında da yakın bir ilişki bulundu ($p=0.003$); şöyle ki, yaşlı bakımında çalışma deneyimi olan doktorların, yaşlı bakımı konusunda uzmanlaşmayı veya uzmanlaşmayı düşünme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmış (Leung ve arkadaşları, 2011).

Çalışmamıza katılanların yaş ortalamasının yüksek olması ve büyük çoğunluğunun yaşlı sağlığı ile ilgili herhangi bir eğitim almamış olması, yaşlılara karşı olumlu tutumda farklılık görülmemesinin sebebi olabilir. Yapılan birçok çalışmada özellikle üniversite döneminde eğitim almak, ders içeriklerinde yaşlanma ve yaşlılık süreci ile ilgili konuların ele alınarak, kapsamlı işlenmesi bireylerin bilgi ve farkındalıklarını geliştirdiği ve bunun da yaşlılara yönelik olumlu tutum sergilemelerini sağladığı sonucuna varılmıştır. Çin’de yapılan bir çalışmada, pratisyen hekimlerin yaşlanma konusunda bilgi eksikliğini ortaya koymuştur. Bu hekimlerin yaşlıya yönelik tutumlarının nötr olmasının altında yatan sebebin bu eksiklik olması ihtimali vurgulanarak yaşlı insanlara kaliteli ve güvenli bakım sağlamak için Çin’deki pratisyen hekimlere yönelik gerontolojik eğitimin zenginleştirilmesi gerekliliği tartışılmıştır (Yang ve arkadaşları, 2015).

Liu ve arkadaşları (2012), 2000 ve 2011 yılları arasında yayımlanmış yaşlıya yönelik tutum çalışmalarının bir sistematik derlemesinde, sağlıklı yaşlılar ya da yaşlı hastalara yönelik tutum değişikliklerini değerlendirilmiştir. Yıllar içerisinde tıp öğrencilerinin tutumlarının “tarafsız” dan “olumlu” ya doğru istikrarlı bir şekilde geliştiği görülmüş olmasına rağmen, yedi çalışmadan dördü tarafsız tutumlar bildirmiştir. Deneyimli doktorlarında tutumları olumlu bir değişim sergilemiş ancak çalışma sayısı yalnızca üç adet olduğu bildirilmiştir. Buna karşılık, çoğu çalışma (12’den 7’si) olumlu sonuçlar bildirmesine rağmen, öğrenci hemşirelerin olumlu tutumları zaman içerisinde istikrarlı bir şekilde ne olumlu ne olumsuz

(nötral) hale doğru seyir izlemiştir (Liu ve arkadaşları, 2012). Tıp öğrencilerini kapsayan başka bir çalışmada ise tıp öğrencilerinin tutumlarının öğrencilerin bilgi ve deneyimleriyle ilişkili olduğu ve bu konudaki eğitim ve öğretimin olumlu tutumu artırmada çok önemli olduğu ortaya konmuştur (Cankurtaran ve arkadaşları, 2006). Kliniklerde yaşlılara bakım verme deneyiminin öğrencilerin pozitif ayrımcılığını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Altay ve Aydın, 2015). Koç ve arkadaşları (2020) çalışmasında ise hemşirelik ve tıp öğrencilerinin müfredatlarında yaş ayrımcılığı ile ilgili derslerin olması ve her iki öğrenci grubunda uygulama eğitimlerinde yaşlı bakımı sağlama deneyimleri, YATÖ puanları ile ilişkili bulunmamıştır. Aynı şekilde Pekçetin ve arkadaşlarının “Üçüncü Sınıf Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrencilerinin Yaşlılara Yönelik Tutumlarına Eğitimin Etkisi” yaptığı çalışmada da verilen teorik eğitimin ve bu eğitimle birlikte verilen pratik eğitimlerin öğrencilerin yaşlıya yönelik tutumlarını değiştirmede etkisiz olduğunu göstermiştir (Pekçetin ve ark.2018). Pehlivan ve Vatansever (2019) çalışmalarında da, geriatrik içerikli eğitim alan ve almayanların UCLA GA skorları arasında farklılık saptanmamıştır. Aynı şekilde geriatri hemşireliğine ilişkin ders alma ya da huzurevi ziyareti yapıp yapmamaya yönelik gruplamaların UCLA GA skorları karşılaştırmalarında da farklılık saptanmamıştır (Pehlivan ve Vatansever, 2019). Liu ve arkadaşları (2012) tarafından yayımlanan sistematik analize göre mevcut veriler, tıp öğrencilerinin ve deneyimli doktorların yaşlılara yönelik tutumlarının zamanla daha olumlu hale geldiğini; öğrenci ve deneyimli hemşirelerin tutumlarının daha az olumlu hale gelmesiyle ters yönde bir eğilim olduğunu göstermektedir. Doktorlar ve hemşireler arasındaki bu tutum farkı, doktorların yaşlı insanlara yönelik tutumlarını geliştirmek için tıp eğitimleri sırasında aldıkları eğitimlerini yansıtır olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Hemşirelerde, özellikle yaşlı insanlar için sağlık bakımında önemli konuları nedeniyle benzer seviyelerde eğitim yatırıma ihtiyaç duyarlar (Liu ve arkadaşları, 2012). Bu olumlu tutumların sürdürülebilmesi ve gelecekte olumsuz tutumların oluşmasının önüne geçilebilmesi için eğitim öğretim programlarında, öğrencilerin artan yaşlı nüfusu, onların bakım ihtiyaçları ve onlara yönelik önyargılı görüşlerin ortadan kaldırılmasının önemi konusunda bilgilendirici dersler yer almalıdır (Koç ve diğerleri, 2020).

Koç ve arkadaşları (2020), anne babanın birlikte yaşama durumu, annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumu, babanın eğitim düzeyi ve çalışma durumu, aile tipi, hanenin gelir düzeyi ile YATÖ puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki saptamamış olmalarına karşın; tıp fakültesi öğrencileri arasında kardeş sayısının YATÖ puanları ile pozitif bir ilişki gösterdiği bildirilmiştir. Bu verileri destekler şekilde Köse ve diğerleri (2015), öğrencilerin aile yapısı,

eğitim düzeyleri, anne ve babalarının meslek ve gelirleri ile yaşlılara yönelik tutumları arasında bir ilişki saptamamışlardır. Yazıcı ve arkadaşları (2016) da değerlendirmelerinde, öğrencilerin aile özellikleri ile tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Başka çalışmalarda da aile özellikleri ile YATÖ skorları ilişkili bulunmamıştır (Vefikuluçay ve Terzioğlu, 2011). Diğer bazı çalışmalarda ise aile tipinin YATÖ puanları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Yılmaz ve Özkan, 2010; Demir ve arkadaşları, 2016). Ülkemiz kaynaklı bu çalışmalar sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin, olasılıkla geleneksel kültürel değerleri ile aile içerisinde edinmiş oldukları izlenimlerin sonucu olarak yaşlılar hakkında olumlu düşüncelere sahip olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamız verilerine göre sağlık çalışanları arasında koruyucu sağlık hizmeti vermede kendini yetkin hissetmeyen grubun hem tıbbi bakım alt alanında hem de sosyal değerler alt alanlarında ortalama puanları daha yüksek bulundu. Bu durum yaşlının layık olduğu sağlık hizmeti sunumunda yetersizlik hisseden sağlık çalışanlarının yaşlıya yönelik tutumlarının daha olumlu olması ile sonuçlanmış olabileceğini düşündürdü. Çalışma şartlarına bağlı olarak istemsiz bir farkındalıkla ya da yaşlıya yönelik eğitim eksikliğinin sonucu bilinçsizce yaşlı hastaların ihmali söz konusu olabilir, bunlar yaşlı ile olan iletişimi ve sağlık hizmet kalitesini etkileyebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini artırmaya ve sağlık durumunu daha iyi hale getirmeye odaklanmaktadır. Yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de başarılı, üretken ve bağımsız yaşlanma hedeflenmektedir. Bu bağlamda birinci basamak hekimleri ve diğer yardımcı sağlık çalışanlarının, verecekleri sağlık bakım hizmeti ile sağlıklı yaşlanmaya yönelik desteği çok önemlidir.

Çalışmamıza katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının UCLA GA anketi toplam puanı ortalama $46,31 \pm 5,69$ olup kadın ve erkek cinsiyet arasında farklılık bulunmadı. Birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlıya karşı tutumlarında, cinsiyet ve diğer sosyo demografik özelliklerin belirleyici bir etkisi saptanmadı. Kırk yaş sınır değeri olarak alındığında, 40 yaş ve altı grupta “tıbbi bakım” alt alanı puanları daha yüksek iken 40 yaş üzeri grupta ise “merhamet” alt alanı puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Çalışma yıllarına göre 15 yıl sınır değeri olarak alındığında, “merhamet” alt alan puanı, 15 yıl üzeri olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Meslekte kıdemlilik süresi arttıkça yaşlı bireyin gereksinimleri ve tercihlerini anlama ve bunlara saygı duyma bakış açısının gelişmesi ile yaşlıya yönelik tutumlar olumlu yöne evrilmiş olabilir.

Hem hekim ve hem de hekim dışı sağlık personelinin yaşlı hastalara koruyucu sağlık hizmeti vermede, tıbbi bakım ve sosyal değerler açısından anlamlı fark saptanmıştır. Kronik hastalıkları için kullandıkları ilaçları yazdırmaya geldiklerinde, hastalıkları ve ilaçları ile ilgili bilgilendirme yapma durumlarında, yaşam tarzı değişikliği konusunda bilgilendirme için zaman ayırıp ayırmamaları konusunda da anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının UCLA GA toplam puan, tıbbi bakım, sosyal değerler ve kaynakların kullanımı alt alanında gruplar arasında fark bulunmazken, merhamet alt alanında hekimlerin sonuçları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Hekimlerin skorlarının düşük olmasının nedeni, 65 yaş üzeri hizmet verilen nüfus sayısının ve günlük poliklinik sayılarının yüksek olması, poliklinik hizmetleri dışında koruyucu sağlık hizmetleri için de zaman ayırma zorunluluğu olabilir. Aile hekimliği birimlerine kayıtlı nüfusun düşürülmesi;

poliklinik başvuru sayılarının azalmasına ve dolayısı ile polikliniğe başvuran yaşlı nüfusa daha uzun ve etkin zaman ayrılmasına olanak sağlayabilir.

Sağlık çalışanları arasında koruyucu sağlık hizmeti vermede kendini yetkin hissetmeyen grubun hem tıbbi bakım alt alanında hem de sosyal değerler alt alanlarında ortalama puanları daha yüksek bulundu. Bu durum yaşlının layık olduğu sağlık hizmeti sunumunda yetersizlik hisseden sağlık çalışanlarının yaşlıya yönelik tutumlarının daha olumlu olması ile sonuçlanmış olabileceğini düşündürdü. Çalışma şartlarına bağlı olarak istemsiz bir farkındalıkla ya da yaşlıya yönelik eğitim eksikliğinin sonucu bilinçsizce yaşlı hastaların ihmali söz konusu olabilir, bunlar yaşlı ile olan iletişimi ve sağlık hizmet kalitesini etkileyebilir.

Hali hazırda yaşlı bir bireyle birlikte yaşayanlarda tıbbi bakım alt alanı ortalama skoru, daha düşük bulundu. Çalışma koşullarının yarattığı “tükenmişlik” ve tanımlanan kronik yakınmaların gözden kaçırılması sonucu bilinçsiz ihmal bu durumdan sorumlu olabilir. Aynı şekilde gelecekte kendi ebeveynleri ile birlikte yaşamayı isteyenler de tıbbi bakım ve sosyal değerler alt alan skorları daha düşük bulundu. Buna karşın merhamet alt alan puanı aynı evde yaşamayı isteyenlerde daha yüksekti. Ülkemizde yaşlı ebeveyne karşı hissedilen geleneksel saygı ve hürmet bakış açısını yansıtır bir sonuç olarak düşünülmüştür.

Ayrıca eğitimin de önemi birçok çalışmada vurgulanmıştır. Bizim çalışma sonuçlarımız da yaşlı sağlığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, eğitim alan ve almayan gruplar arasında UCLA GA puanları farklı bulunmadı. Bu durumdan verilen eğitimin niteliği ve uygulama eğitimlerinin yetersiz olması sorumlu olabilir. Sağlıkla ilgili eğitim kurumlarının mezuniyet öncesi ders programına geriatri eğitiminin konması, pratik stajlarda sağlıklı yaş almış bireylerle karşılaşmalarının sağlanması çok önemlidir. Hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesi de hekim ve hekim dışı sağlık personelinin yaşlıya karşı pozitif tutumlarına katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

Abrams, W.B., Beers, M.H., Berkow, R. (1995), The Merck Manual of Geriatrics, Second edition. 1995

Adibelli, D. (2011). The validity and reliability of Kogan's attitude towards old people scale in Turkish society. *Health*,3(09),602.

Akademik Geriatri Derneği, Mart 2021

Akbal, Y. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2018, yüksek lisans tezi.*

Akdemir, N . (2008). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(1),68-75.

Altay B & Aydın T. (2015). Evaluation of the attitudes of nursing students towards ageism. *Journal of Education and Research in Nursing*, 12:11-8.

Arioğlu,S (2006).*Geriatri ve Gerontoloji*, Ankara: MN Medikal & Nobel Kitabevleri.

Arun,Ö., &Pamuk,D. (2014). Kurumsal bakım sektöründe ageism: yaşlı bakım personelinin yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin ayrımcı tutumlarının nedenleri ve müdahale önerileri. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 4(2),19-33.

Ayşegül,K.O.Ç., Öztaş,D., Uysal,N., Demircan,Z., Erdem,Ö., & Eyüp, S.A.R.I. (2018). Klinik hemşirelerinin yaşlılara ilişkin düşünce ve tutumları. *Ankara Medical Journal*,18(4),500-507.

Bahadır-Yilmaz,E. (2018). The relationship between nursing students' professional values and their attitudes towards the elderly people: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*,70,8-12.

Bemben,M.G., Grump,K.J., &Massey,B.H. (1988). Assessment of technical accuracy of the CybexII® isokinetic dynamometer and analog recording system. *Journal of*

Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 10(1),12-17.

Bjorksten,J., & Tenhu,H. (1990). The cross linking theory of aging—Added evidence.

Experimental Gerontology, 25(2),91-95.

Buz,S. (2015). Yaşlı Bireylere Yönelik Yaş Ayrımcılığı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(53),268-278.

Byers,T.J., & Branton,D. (1985). Visualization of the protein associations in the erythrocyte membrane skeleton. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 82(18),6153-6157.

CaliskanT, KendirC, TekinN, KartalM. (2018). Attitudes toward the elderly among young family physicians in Turkey. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(5):998-1001.

Can,R., Işık,M.T., Erenoğlu,R., Tambağ,H., Halıdı,G. (2019). Sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu yaşlı bakımı bölümünde okuyan öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 6(1):13-25.

Can,R., Tambağ,H., Hüzmeli,E.D., Duman,F. (2020). Öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları: Bir üniversite örneği. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1),68-76.

Cankurtaran,M., Halil,M., Ulger,Z., Dagli,N., Yavuz,B.B., Karaca,B.,A rioğul,S.

(2006). Influence of medical education on students' attitudes towards the elderly. *Journal of the National Medical Association*, 98(9):1518-22.

Chotchoungchatchai,S., Marshall,A.I., Witthayapipopsakul,W., Panichkriangkrai,W.,

Patcharanarumol,W., & Tangcharoensathien,V. (2020). Primary health care and sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11),792.

Cottrell,E., Roddy,E., & Foster,N.E. (2010). The attitudes, beliefs and behaviors of GPs regarding exercise for chronic knee pain: a systematic review. *BMC Family Practice*, 11(1),1-9.

- Cruz-Jentoft,A.J., & Sayer,A.A.** (2019). Sarcopenia. *The Lancet*, 393(10191),2636-2646.
- Damulak,P.P.** (2016). *Factors associated with attitude towards the elderly among medical and nursing students in a Malaysian Public University*. Mastersthesi, Universiti Putra Malaysia.
- Darling, R., Sendir, M., Atav, S, et al.** (2016). Undergraduate nursing students and the elderly: An assessment of attitudes in a Turkish university. *Gerontology & Geriatrics Education*, 39:283-94.
- Davidovic,M., Sevo,G., Svorcan,P., Milosevic,D.P., Despotovic,N., & Erceg,P.** (2010). Old age as a privilege of the “selfish ones”. *Aging and Disease*,1(2),139.
- Demir, G., Bicer S., Bulucu-Böyüksoy GD,etal.** (2016). Attitudes of nursing students about ageism and the related factors. *International Journal of Caring Sciences*; 9:900-8.
- Dişçigil, G. &Tekin,N.** (2007). *Aile hekimleri için geriatri el kitabı*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları
- Dişçigil,G.** (2020). *Yaşlı sağlığına çok yönlü yaklaşım*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Elbi, H., Altan, S., Rahman, S., Cengiz Ozyurt B., Sahin,S. &Cam,F.S.** (2015). The attitudes of medical students toward elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*, 18(4),299-304.
- Elbi,H., Özcan,F., Özyurt,B.C., &Yayla,M.E.** (2020). Attitudes of family physicians towards the elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*, 23(2),270-277.
- Erdemir,F., Kav,S., Citak,E.A., Hanoglu,Z.,& Karahan,A.** (2011). A Turkish version of Kogan's attitude toward older people (KAOP) scale: Reliability and validity assessment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3),e162-e165.
- Erdoğan Yüce,G.** (2020). Sağlık hizmetleri alanında öğrenim gören öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(2), 208-218.doi:10.33715/inonusaglik.715353
- Eti Aslan,F., & Karadakovan,A.** (2014). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. *Ed:A Karadakovan, F Eti Aslan. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi*

- Evans,M.A., Tiggs,E.J., Cheung,M., Broe,G.A., &Creasey,H.** (1981). Gastric emptying rate in the elderly: implications for drug therapy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29(5),201-205.
- Fried,L.P., Tangen,C.M., Walston,J., Newman,A.B., Hirsch,C., Gottdiener,J., &McBurnie,M.A.** (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology SeriesA: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3),M146-M1 57.
- Garfinkel,D., &Mangin,D.** (2010). Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Archives of Internal Medicine*, 170(18),1648-1654.
- Gates,P.E., Tanaka,H., Graves,J., &Seals,D.R.** (2003). Left ventricular structure and diastolic function with human aging: relation to habitual exercise and arterial stiffness. *European HeartJ ournal*, 24(24),2213-2220.
- Hardeland,R.** (2013). Melatonin and the theories of aging: a critical appraisal of melatonin's role in anti aging mechanisms. *Journal of Pineal Research*, 55(4),325-356.
- Hayflick,L., &Moorhead,P.S.** (1961). The serial cultivation of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research*, 25(3),585-621.
- Herman,J.P., Larson,B.R., Speert,D.B., & Seasholtz,A.F.** (2001). Hypothalamo-pituitary-adreno cortical dysregulation in aging F344/Brown-Norway F1hybridrats. *Neurobiology of Aging*, 22(2),323-332.
- Hovey,S., Dyck,M.J., Reese,C., Kim,M.J.** (2017). Nursing students' attitudes toward persons who are aged: An integrative review. *Nurse Education Today*, 49:145-152.doi:10.1016/j.nedt.2016.11.018.
- Kalaycı,I., Özbek Yazıcı,S., Özkul,M., Helvacı,G.** (2017). Sağlık çalışanları ve öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları: Sistematiik Derleme, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1),21-30

- KaptanG.** (2017). Geriatriye çok yönlü bakış, Nobel Tıp Kitabevleri
- Kearney,N., Miller,M., Paul,J., &Smith,K.** (2000). Oncology health care professionals' attitudes toward elderly people. *Annals of Oncology*, 11(5), 599 - 602.
- Kılıç,G. &Adıbelli,D.** (2011). The validity and reliability of Kogan's attitude towards old people scale in Turkish society. *Health*, 3(09),602.
- Kırdı,E., & Büyükyılmaz,F.** Hemşirelerin yaşlı hastalara yönelik tutumları ile duygusal zeka düzeyleri arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(1),15-20.
- Koca,N. ve Seferoğlu,M.** (2020), The evaluation of physicians' Attitudes toward the elderly. *Family Practice and Palliative Care*, 5(1):6-11.doi.org/10.22391/fppc.661960
- Koç,M., Kissal, A., Citil, R., Önder,Y.** (2020). Attitudes of nursing and medical school students towards ageism. *Medicine Science International Medical Journal*, 9(4):848-55.doi:10.5455/medscience.2020.05.072
- Kontush,A., &Schekatolina,S.** (2004). Vitamin E in neurodegenerative disorders: Alzheimer's disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1031(1),249-262.
- Köse,G., Ayhan,H., Taştan,S., İyigün,E., Hatipoğlu,S., Açikel,C.H.** (2015). Sağlık alanında farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(2):145-151. doi:10.5455/gulhane.152591
- Lee M., Reuben DB., Ferrell BA.** (2005). Multi dimensional attitudes of medical residents and geriatrics fellows toward older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3):489–494.
- Leung,S., Lo Giudice, D.,Schwarz,J., &Brand,C.** (2011). Hospital doctors' attitudes towards older people. *Internal Medicine Journal*, 41(4),308-314.
- Liu,Y.E., While,A.E., Norman,I.J.,& Ye,W.** (2012). Health professionals' attitudes toward older people and older patients: a systematic review. *Journal of Interprofessional Care*,

26(5),397-409.

Luo,B., Zhou,K., Jin,E.J., Newman,A., &Liang,J. (2013). Ageism among college students: A comparative study between the US and China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 28(1),49-63.

Miller,T.R., Grossman,S.J., Schectman,K.B., Biello,D.R., Ludbrook,P.A., & Ehsani,A.A. (1986). Left ventricular diastolic filling and its association with age. *The American Journal of Cardiology*, 58(6),531-535.

National Institute of Health (NIH), 2013. Identifying Communication Problems, Cause of Communication Problems. <http://independentliving.org/communication-problems-with-elder-care/> NIH sayfasından erişildi.

North,M.S., & Fiske,S.T. (2015). Modern attitudes toward older adults in the aging world: Across-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(5),993.

Ögenler,O., Yapıcı,G., Taşdelen,B., & Akça,T. (2012). Mersin ilinde bir grup hekimin yaşlı ayrımcılığı hakkındaki görüşleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 15(4),409-415.

Özdemir,Ö., Bilgili,N. (2016). Attitudes of Turkish nursing students related to ageism. *Journal of Nursing Research*, 24(3),211-216.

Özdemir,Ö. ,& Bilgili,N. (2014). Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. *Gülhane Tıp Dergisi*, 56(2),128-131.

Öztürk,G., Halil,M., Akcicek,F., Doventas,A., Kepekci,Y., Ince,N.,& Karan,M.A. (2015). Geriatrics education is associated with positive attitudes toward older people in internal medicine residents: a multi center study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(2):307-10.

Pehlivan,S., & Vatansever,N. (2019). Hemşirelerin yaşlıya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 45(1),47-53.

Pekçetin,S. (2018). Üçüncü sınıf fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumlarına eğitimin etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*

Dergisi, 5(3),59-63.

Phong,N.T., Giang,K.B., Bich,P.T.N., Toan,V.D., Hang,N.T.T., & Thanh,H.T.K. (2020). Primary Care Physicians' Attitude Toward Older People in Vietnam and Associated Factors. *Journal of Medical Research*, 136 (12):158-165.

Polat,Ü., Karadağ,A., Ülger,Z., & Demir,N. (2014). Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemporary Nurse*,48(1),88-97.

Rakıcıoğlu,N. (2006). Malnütrisyon ve yaşlanma anoreksisi. *Arioğlu,S (Ed). Geriatri ve Gerontoloji*. Ankara: MN Medikal & Nobel Kitabevleri

Rana,C.A.N., Tambağ,H., Hüzmeli,E.D.,& Duman,F. (2020). Öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları: Bir üniversite örneği. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1),68-76.

Reuben,D.B., Lee,M., DavisJr, J.W., Eslami,M.S., Osterweil,D.G., Melchiorre,S., & Weintraub,N.T. (1998). Development and validation of a geriatrics attitudes scale for primary care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(11),1425-1430

Saatçı E. (2019). RAKEL, Aile Hekimliği.Saatçı (Ed.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi

Serin,E.K.,& Tülüce,D. (2021). Determining nursing students' attitudes and empathic tendencies regarding aged discrimination. *Perspectivesin Psychiatric Care*, 57(1),380-389.

Sharma,G.,& Goodwin,J. (2006). Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. *Clinical Interventions in Aging*,1(3),253.

Sheikh,R.B., Rafiue,A.M., Suraweera,R.S.C., Khan,H., Sreedharan,J. (2013). Attitude of medical students toward old people in Ajman, United Arab Emirates. *The Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 8:85–9.

Sinan,Ö.,& Bilgili,N. (2019). Yaşlılıkla ilgili yaygın inanç, tutumlar ve sağlık hizmetlerine yansımaları. *HEAD Koç Üniversitesi Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*,16(3),246-251.

Smith,M.L., Bergeron,C.D., Cowart,C.,etal. (2017). Factors associated with ageist

attitudes among college students. *Geriatrics& Gerontology International*, 17(10):1698-1706.

Sohal,R.S.,& Allen,R.G. (1990). Oxidative stress as a causal factor in differentiation and aging: a unifying hypothesis. *Experimental Gerontology*,25(6),499-522.

Şahin,H. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 21(1),219-232.

Şahin,S., Mandiracioglu,A., Tekin,N., Senuzun,F.,& Akcicek,F. (2012). Attitudes toward the elderly among the health care providers: Reliability and validity of Turkish version of the UCLA Geriatrics Attitudes (UCLA-GA)scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(1),205-209.

Şimşek,H., Bahadır,H.,& Bilgin,A.C. (2019). Physicians' attitudes towards the elderly: Ageism in a university hospital in. *Turkish Journal of Geriatrics*,22(1).

Tanaka,H.,& Seals,D.R. (2003). Invited review: dynamic exercise performance in master athletes: insight into the effects of primary human aging on physiological functional capacity. *Journal of Applied Physiology*,95(5),2152-2162.

Tanaka,M., Itai,T., Adachi,M.,& Nagata,S. (1998). Down regulation of Faslig and by shedding. *NatureMedicine*,4(1),31-36.

TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu (2015). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020, Sağlık Bakanlığı Yayın No:960, Ankara

Tekin,N. (2011). Place the Elderly Health Education in Family Medicine Residency Training. *The Journal of Turkish Family Physician*,1-7.

Tufan,F., Yuruyen, M.,Kizilarslanoglu, M.C.,Akpınar, T.,Emiksiye,S., Yeşil,Y.,
TUIK (Türkiye İstatistik Kurumu), 2021

TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı), Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa–Orta Vadeli Çözümler, Aralık2021; <http://www.tuseb.gov.tr>

Vefikuluçay,Y.D. ve Terzioğlu,F. (2011). Development and psychometric evaluation of

ageism attitude scale among the university students. *Turkish Journal of Geriatrics*,14(3),259-268.

Wang,C.C., Liao,W.C., Kao,M.C., Chen,Y.J., Lee,M.C., Lee,M.F.,& Yen,C.H. (2009). Taiwanese medical and nursing student interest levels in and attitudes towards geriatrics. *Annals Academy of Medicine Singapore*,38,230–236.

Weintraub,N.T. (1998). Development and validation of a geriatrics attitudes scale for primary care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*,46(11),1425-1430.

Wells,Y., Foreman,P., Gething,L.,& Petralia,W. (2004). Nurses' attitudes toward aging and older adults—examining attitudes and practices among health services providers in Australia. *Journal of Gerontological Nursing*,30,5–13.

WHO (World Health Organization), 2001. Men Aging And Health, 01WHO/NMH/NPH01.2

Willcox,B.J., Donlon,T.A., He,Q.,Chen,R., Grove,J.S., Yano,K.,...& Curb,J.D. (2008). FOXO3 a genotype is strongly associated with human longevity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*,105(37),13987-13992.

Wilson MA, KurrleSE, WilsonI. (2018). Understanding Australian medical student attitudes towards older people. *Australasian Journal on Ageing*,37(2):93-98.

WONCA 2013, Reports from WONCA World Conference

World Health Organization. (2001). *Men, aging and health: Achieving health across the life span* (No.WHO/NMH/NPH/01.2). World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Aging.

Yang,Y.,Xiao, L.D.,Ullah,S., Deng,L. (2015). General practitioners' knowledge of ageing and attitudes towards older people in China, *Australasian Journal on Ageing*,34(2):82-7.

Yavuz,BveNazlı,N. (2006). Yaşlıda kardiyovasküler sistem ve değerlendirilmesi; Servet

Arioğul (Ed), *Geriatric ve gerontoloji içinde* (1.bs,ss:527-533). Ankara:MN Medikal & Nobel Kitabevleri

Yazıcı,S.Ö., Kalaycı,I., Kaya,E., Tekin,A. (2016). Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumları. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*,15(2):601-14.doi:10.21547/jss.256713

Yılmaz E, Özkan S. (2010). Attitudes of nursing students toward sageism. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,3(2):35-53.

Yildiz, A. (2012) Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1):90-3.<https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.02.002>

Yönder Ertem, M., Yıldırım,J.G. (2020). Undergraduate students' attitudes towards ageism and influencing factors of ageism. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*,13(2),98-106.doi:10.46414/yasad.803533

Zehirlioğlu L, Aydın, L., Yönt, G. H., Bayat, E., & Günay, B.(2016). Hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 3(1):10-18.