



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EMPATİ
DÜZEYLERİ İLE YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUMLARININ
İNCELENMESİ

Dr. Mine Öner Demiralın

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2020





T.C.
SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EğİTİM ve ARAşTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ UZMANLIK ÖğRENCİLERİNİN EMPATİ
DÜZEYLERİ İLE YAşLI AYRIMCILIğI TUTUMLARININ
İNCELENMESİ

Dr. Mine Öner Demiralın

Tez Danışmanı: Başasistan Uzm. Dr. Özge Tuncer
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR 2020



TEŞEKKÜR

Aile hekimliği ihtisasım boyunca benden destek, ilgi ve anlayışını esirgemeyen, tezimin her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, sevgili hocam, tez danışmanım Sayın Uzm. Dr. Özge TUNCER'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, bana bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, her konuda yakın ilgi ve desteğini gördüğüm, Sayın Uzm. Dr. Aslı BAYINDIR, Uzm. Dr. A. Murat IŞIL'a,

Asistanlığım süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin değerli hemşirelerine ve personellerine,

Bana tez yazımı esnasında gösterdiği sabır ile yanımdan hiç eksik olmayan ve değerli fikirlerini benden esirgemeyen sevgili eşim Rafet Senil DEMİRALIN'a en içten teşekkürlerimle...

Dr. Mine ÖNER
DEMİRALIN
İzmir,2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRİ

İÇİNDEKİLERİİ

KISALTMALARİv

ÇİZELGE LİSTESİv

ŞEKİL LİSTESİvi

ÖZETviii

ABSTRACTix

1. GİRİŞ VE AMAÇ1

1.1. PROBLEMİN TANIMI1

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI2

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ2

2. GENEL BİLGİLER3

2.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI3

2.2. YAŞLANMA SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİKLİKLER4

[2.2.1. Fizyolojik Değişiklikler4](#)

[2.2.2. Psikososyal Değişiklikler7](#)

2.3. TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA YAŞLI NÜFUS8

2.4. YAŞLI AYRIMCILIĞI10

2.4.1. Yaşlı Ayrımcılığının Gelişmesinde Rol Oynayan Etkenler10

2.4.1.1. Yaşlı Ayrımcılığı Etiyolojisinin Mikro Düzeyleri11

2.4.1.2. Yaşlı Ayrımcılığı Etiyolojisinin Mezo Düzeyleri11

2.4.1.3. Yaşlı Ayrımcılığı Etiyolojisinin Makro Düzeyi12

2.4.2. Sağlık Alanında Yaşlı Ayrımcılığı12

2.4.2.1. Aile Hekimliği Ve Yaşlı Ayrımcılığı13

2.5. EMPATİ KAVRAMI VE TARİHÇESİ15

2.5.1. Empatinin Bileşenleri16

2.5.1.1. Bilişsel Empati16

2.5.1.2. Duyuşsal Empati16

[2.5.2. Empatinin Sınıflandırılması16](#)

2.5.3. İletişimde Empatinin Önemi18

2.5.3.1. Sağlık Alanında İletişimde Empatinin Önemi18

2.5.3.1.1. Aile Hekimliği Ve İletişimde Empatinin
Önemi19

2.6. EMPATİ VE YAŞLILARA KARŞI TUTUM20

3. GEREÇ VE YÖNTEM22

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ22

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ22

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ22

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI22

3.5. VERİ FORMU VE ÖLÇEK22

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ27

3.7. ETİK ONAY27

3.8. ARAŞTIRMA İZNİ27

4. BULGULAR29

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR29

4.2. [KATILIMCILARIN JSPE, YATÖ'DEN ALDIKLARI PUANLARIN VE JSPE, YATÖ ALT BOYUTLARINDAN ALDIKLARI PUANLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ](#)32

4.3. [KATILIMCILARIN YAŞAMLARININ HERHANGİ BİR DÖNEMİNDE YAŞLI İLE YAŞAMA DURUMLARININ İNCELENMESİ](#)55

4.4. [KATILIMCILARIN YAŞLILARLA YAŞAMA VE GERİATRİ MERKEZİNDE ÇALIŞMA İSTEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ](#)55

4.5. [KATILIMCILARIN YAŞLILIK VE YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN SORULARA VERDİKLERİ CEVAPLARA GÖRE YATÖ, JSPE PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ](#)56

4.6. [KATILIMCILARIN JSPE PUANLARI VE YATÖ PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ](#)57

4.7. [KATILIMCILARIN JSPE ALT BAŞLIKLARINDAN ALDIKLARI PUANLAR VE YATÖ ALT BAŞLIKLARINDAN ALDIKLARI PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ](#)58

5. TARTIŞMA59

6. SONUÇLAR66

7. ÖNERİLER67

8. KAYNAKLAR68

9. ÖZGEÇMİŞ74

10. EKLER75

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BM: Birleşmiş Milletler

DNA: Deoksiribo Nükleik asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

JSE: Jefferson Scale of Empathy

JSPE: Jefferson Scale of Physician Empathy

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

YATÖ: Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 2.3.1. TÜİK Verilerine Göre Yıllara Göre Demografik Veriler

Çizelge 4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çizelge 4.1.2. Katılımcıların Sosyodemografik Veri Formundaki Sorulara Verdikleri Yanıtların Sayı ve Yüzdeleri

Çizelge 4.2.1. Katılımcıların JSPE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Çizelge 4.2.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Toplam JSPE Puanları Arasındaki İlişki

Çizelge 4.2.3. Katılımcıların YATÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Çizelge 4.2.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Toplam YATÖ Puanları Arasındaki İlişki

Çizelge 4.2.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve JSPE Alt Başlıklarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çizelge 4.2.6. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve YATÖ Alt Başlıklarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çizelge 4.3.1. Katılımcıların Yaşamlarının Herhangi Bir Döneminde Yaşlılar İle Yaşama Durumu ve Yaşlılar İle Yaşama İsteği Arasındaki İlişki

Çizelge 4.4.1. Katılımcıların Yaşlılar ile Yaşama İsteği ve Geriatri Merkezinde Çalışma İsteği Arasındaki İlişki

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.2.1. Katılımcıların Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılım Eğrisi

Şekil 4.2.2. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Toplam JSPE Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.3. Katılımcıların Yaşlılar ile Yaşama İsteği Durumlarına Göre Toplam JSPE Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.4. Katılımcıların Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılım Eğrisi

Şekil 4.2.5. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Toplam YATÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.6. Katılımcıların Meslekteki Hekimlik Sürelerine Göre Toplam YATÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.7. Katılımcıların Yaşlılar ile Yaşama İsteklerine Göre Toplam YATÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.8. Katılımcıların Geriatri Merkezinde Çalışma İsteklerine Göre Toplam YATÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.9. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yerine Koyma Alt Başlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.10. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yaşlının Yaşamını Sınırlama Alt Başlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.12. Katılımcıların Meslekteki Toplam Hekimlik Sürelerine Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.13. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.14. Katılımcıların 65 Yaş Üzeri ile Yaşama Durumuna Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.15. Katılımcıların Yaşlılar ile Yaşama İsteği Durumuna Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.16. Katılımcıların Cinsiyete Göre Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.2.17. Katılımcıların Meslekteki Toplam Hekimlik Sürelerine Göre Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Şekil 4.6.1. Katılımcıların JSPE Puanları ile YATÖ Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EMPATİ DÜZEYLERİ İLE YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Amaç: Çalışmamızda, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin empati düzeyleri ile yaşlı ayrımcılığı tutumlarını belirleyerek aralarındaki ilişkiyi ve sosyodemografik özellikler ile bağlantısını açıklamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı anket çalışmasıdır. S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi'nde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan ve katılımcı olmaya onay veren 194 asistan çalışmamıza dahil edildi. Katılımcıların empati düzeylerini belirlemek için JSPE (Jefferson Hekim Empati Ölçeği), yaşlı ayrımcılığı tutumlarını ölçmek için YATÖ (Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği) kullanıldı. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nden aldıkları puan ortancaları 77,0 (IQR: 73,0- 86,2) olarak saptanmıştır. Bu değer, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin empati düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmaya katılan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan 85,0 (IQR: 79,0- 90,0) olarak saptanmıştır. Bu değer, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığı tutumlarının olumlu olduğunu göstermektedir. Empati düzeyleri ile yaşlı ayrımcılığı tutumları arasında pozitif korele bir ilişki saptanmıştır. Empati düzeyi arttıkça yaşlı ayrımcılığı tutumu daha olumlu olmaktadır.

Sonuçlar: Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin empati düzeyleri yüksek, yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları olumlu saptanmıştır. Aile hekimlerinin yaşlılara yaklaşımlarını daha olumlu hale getirecek empatik iletişim eğitimleri artırılabilir. Bu sayede yaşlılara verilen sağlık hizmetinin daha kaliteli hale gelmesi beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, yaşlı ayrımcılığı, empati

ABSTRACT

COMPARISON THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY PHYSICIAN SPECIALISATION STUDENTS' LEVELS OF EMPATHY AND AGEISM ATTITUDE

Objective: The aim of this study is to analyze the relationship between family physician specialisation students' sociodemografic attributes, levels of empathy and ageism attitude.

Materials and Methods: One center participated this sectional, descriptive survey study. 194 family physician specialisation student who had given approval to participate and have been studying at Izmir Bozyaka Education and Research Hospital, Izmir Tepecik Education and Research Hospital, Izmir Katip Celebi University and Dokuz Eylul University had participated to our study. Jefferson Scale of Physician Empathy had been used to determine the level of empathy of the participants. Ageism Attitude Scale had been used to determine the level of ageism attitude of the participants. Sociodemografic form was designed by researcher. Data obtained were analyzed statistically using SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) software. Statistical significance level accepted was accepted to be $p < 0.05$.

Results: Family physician specialisation students' who were participated in our study, mean value of Jefferson Scale of Physician Empathy was 77,0 (IQR: 73,0- 86,2). This value indicated that family physician specialisation students' empathy level was high. Family physician specialisation students' who were participated in our study, mean value of Ageism Attitude Scale was 85,0 (IQR: 79,0- 90,0). This value indicated that family physician specialisation students' ageism attitude was positive. Our study indicated a positive correlated relationship between empathy level and ageism attitude. The higher empathy level provided the more positive ageism attitude.

Conclusion: Our study indicates that family physician specialisation students' empathy scale are high and ageism attitude are positive. Family physician specialisation students'

empathic communication skill educations which make their geriatric attitude more positive, must have been increased. Because of that, the health care services which are given to elderly people, are going to be more qualified.

Keywords: Family physicians, ageism. empathy



1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Yaşlanma fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile ele alınması gereken, her canlı için kaçınılmaz olan doğal bir süreçtir (1). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), yaşlıyı 65 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır (2). BM (Birleşmiş Milletler) ise yaşlıyı 60 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır (3).

Fizyolojik boyutuyla yaşlılık ele alınacak olursa, kronolojik yaşlanmanın getirdiği kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, kas- iskelet sistemi, sinir sistemi, sindirim sistemi, ürogenital sistem ve bağışıklık sistemindeki değişiklikler akla gelmektedir (4). Yaşlılığın psikolojik yönü ise bilişsel ve ruhsal davranış değişimleri ile ilgilidir (5). Yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşımı, aldıkları sağlık hizmetinin kalitesi, sahip oldukları sosyal değerleri, bulundukları sosyal ortamlar (aile, arkadaş vb.), toplumun yaşlı gruba yüklediği değer yargıları ve sosyal destek gibi faktörler yaşlılığın sosyal boyutunu oluşturmaktadır (6,7).

Günümüzde yaşlılar ve yaşlılık dönemine ilişkin sorunlar dünya ülkelerinin gündemini daha çok etkilemeye başlamıştır. Doğum oranlarının azalması, beslenme koşullarındaki iyileşme ve bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ile doğumla birlikte yaşam beklentisinin artması dünya nüfusunun yaşlanmasına neden olmaktadır. DSÖ verilerine göre 2010 yılında 524 milyon olup dünya toplam nüfusunun %8'ini oluşturan yaşlı nüfusun, 2050 yılında 1,5 milyara ulaşp toplam dünya nüfusunun %16'sını oluşturması beklenmektedir. 2100 yılında doğumla birlikte yaşam beklentisi 90 yaş olacaktır (8). Yaşlı nüfustaki demografik gelişmeler, kronik hastalıkların artışı, sağlık hizmetlerinin artışı, barınma ve bakım problemlerinin ortaya çıkışı ile sağlık sektöründe; emeklilik yaşında değişiklik olmadığı varsayımı ile yaşam süresinin uzaması nedeniyle emeklilik süresinin uzaması ile tüketim masraflarının emek gelirlerini aşması ekonomi alanında problemlere neden olmaktadır (9). Yaşlı bireylerin tüm bu sorunlarla karşılaşmasının toplumsal ve sosyal bir sonucu olarak yaşlı ayrımcılığı ortaya çıkmaktadır.

Yaşlı ayrımcılığı tanımlaması, ilk defa 1969 yılında Robert Butler tarafından kullanılmıştır. Robert Butler 'ageism' kelimesini 'Bir yaş grubunun, bir diğer yaş grubuna gösterdiği önyargı ya da yaş ayrımcılığı' olarak tanımlamıştır ve özellikle orta yaş grubunun, gençlere ve yaşlı kesime uyguladığı önyargıyı vurgulamıştır (10). Ancak günümüzde Palmore tarafından yapılan tanımlama daha sık kullanılmaktadır. Palmore yaşlı ayrımcılığını, "ileri

yaştaki bireylere yönelik ön yargıyı, tutum ve davranışlar aracılığı ile ifade eden bir terim” olarak tanımlamıştır (11).

Yaşlılara karşı tutumun iyileştirilebilmesi için çeşitli öneriler ortaya sunulmaktadır. Ülkemizde yaşlıların sağlığının geliştirilebilmesi, refah seviyesinin artırılabilmesi ve bütün yaş gruplarında bireylerin yaş ile gelen deneyimlerden faydalanabilmesi için ulusal eylem planı oluşturulmuştur (12). Yaşlılara karşı ayrımcılığın önlenmesi bağlamında eğitim önemli rol oynamaktadır.

Sağlık sektörü yaşlı ayrımcılığına karşı olumsuz tutumun izlenebileceği yerlerden biridir. Yaşlılara sunulan sağlık hizmeti, yaşlılara karşı olan olumsuz tutum nedeni ile kalitesiz hale gelebilmektedir (13). Bu nedenle sağlık personellerine yaşlılık ve yaşlanma sürecine ilişkin eğitimler verilmesi, iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik dersler verilmesi, iletişim teknikleri ile ilgili kurs ve seminerler düzenlenmesi önem arz etmektedir (14).

Yaşlı ayrımcılığının iyileştirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda empatinin önemini gösteren sonuçlar mevcuttur (15,16). Empatinin eğitim ile geliştirilebileceği çalışmalar ile gösterilmiştir (17,18). Çalışmamızda empatinin, yaşlı ayrımcılığı olumlu tutumuna katkısı gösterilerek, sağlık personeli eğitim sürecinde empati eğitiminin önemine vurgu yapılması amaçlanmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmamızda, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin empati düzeyleri ile yaşlı ayrımcılığı tutumları düzeylerini belirleyerek aralarındaki ilişkiyi ve sosyodemografik özellikler ile bağlantısını açıklamak amaçlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H₀: Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Empati Düzeyleri düşüktür ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutumları arasında bir ilişki yoktur.

H₁: Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Empati Düzeyleri yüksektir ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutumları arasında bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI

‘Yaşlılık’, ‘yaşlanma’ kavramları yaşlanan nüfus ile birlikte sık karşılaşılan, birbirinden farklı kavramlardır (6,19). Yaşlılık; bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik süreçlerinden sonra gelen, yaşamın devamı olan yaşam süreci, yaşam evresi olarak ifade edilebilmektedir. Yaşlanma ise, organizmada zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüne denir (5). DSÖ, yaşlıyı 65 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır (2). BM, ise yaşlıyı 60 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır (3).

Yaşlılık, göreceli bir kavram olmakla birlikte yaşlıların biyolojik geçmişini, iş ve günlük hayatında karşılaştığı problemleri ve edindiği duygusal deneyimleri kapsar. Yaşlanmakla ölmek arasındaki mücadelede toplumsal, kültürel etmenler rol oynar. Bireysel olarak izlenen biyopsikososyal değişimlerle birlikte toplumun yaşlıya biçtiği rol ve yaşlıya verdiği değerlerde yaşlının toplumdaki yerini belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık biyolojik, toplumsal ve kültürel olarak ifade edilmektedir. Yaşlanma, toplumsal gelişmişliğe, kişinin fiziksel sağlığına, sosyal ve psikolojik durumuna bağlı bir değişken olarak, yaşanılan çağa ve bölgeye göre farklılaşan subjektif bir kavramdır (12).

Yaşlanma, insan hayatının doğal bir süreci olmakla birlikte canlının doğumu ile başlamaktadır. Hücrelerin bölünmesi, yaşlanma ile yavaşlamakta ve gecikmektedir. Yaşam koşulları, çevresel koşullar, fiziksel aktiviteler, beslenme alışkanlıkları ve zararlı içerikli gıdaların tüketimi, sigara tüketimi gibi faktörler bu sürece olumlu ya da olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Bireyin çocukluk ve yetişkin dönemlerindeki yaşam tarzı, çevresel koşulları ve alışkanlıkları, ileri yaştaki sağlık durumunu belirlemektedir. Sağlıklı yaşlanma, doğumla başlayan bir süreçtir. Bu nedenle sağlıklı yaşlanma, bireyin doğumdan itibaren başlayan süreçte, sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesiyle, sağlığı tehdit eden riskli durumları ortadan kaldırması ile daha üretken, daha verimli ve daha kaliteli hale gelen bir yaşam sürmesidir (5).

DSÖ, yaşlanan nüfusun hayat kalitesinin iyileştirilmesine dikkat çekmek amacı ile 1990’lı yılların sonlarına doğru aktif yaşlanma kavramını oluşturmuştur. DSÖ, aktif yaşlanmayı, insanların yaşlandıkça hayat kalitelerini iyileştirmek amacıyla bu kişilere yönelik sağlık, sosyal hayata katılım ve güvenlik konusundaki fırsatların en üst düzeye çıkarılması olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlama, kırılgan yapıda olup engelli ve bakıma muhtaç yaşlıların hayat kalitelerini artırmayı da içermektedir. Bu durum, insanlara yardıma ihtiyaç

duyduklarında yeterli koruma, güvenlik ve bakım hizmetleri sunarken, hayatlarını refah içerisinde sürdürmek için kendi potansiyellerini gerçekleştirme fırsatını, kendi ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda topluma katılabilme olanağını tanımaktadır (20).

2.2. YAŞLANMA SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİKLİKLER

2.2.1. Fizyolojik Değişiklikler

Bebeklik, çocukluk, yetişkinlik döneminde kazanılmış yetilerin azalmasıdır. Solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, kas- iskelet sistemi, sinir sistemi, sindirim sistemi, ürogenital sistem ve bağışıklık sistemindeki değişiklikler akla gelmektedir (4). Biyolojik yaşlanma tüm beden sistemlerindeki tüm hücreleri, organları ve dokuları etkilemekte; pek çok organ düzeyinde fizyolojik ve patolojik değişikliklere neden olmaktadır. Biyolojik yaşlanma, içsel ve dışsal etmenlerden etkilenmektedir. İçsel etmenler; telomer kaybı hipotezi, DNA hasarı, oksidatif stres artışı bulguları olarak tanımlanabilmektedir. Karşımıza saçlarda beyazlaşma, kamburlaşma, işitme azalması, görme- koku duyularının zayıflaması olarak çıkabilmekte iken gonad fonksiyonlarında azalma, kas dokusunda azalma, glomerül filtrasyon kapasitesinde azalma olarak da çıkabilmektedir. Dışsal etmenler; yaşlanmayı belirleyen çevresel, sosyoekonomik ve kültürel etmenleri içerebilmektedir. Genetik etmenler değiştirilemese bile, dışsal etmenler kontrol edilerek bu süreç yönetilebilir (21).

Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikleri sistemselsel olarak inceleyecek olursak;

- **Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri:** Miyokardiyal hücrelerin sayısı azalır; ancak hacimleri artar. Ventrikül duvar kalınlığı ve kalbin hacmi artar. Koroner arterlerin ve aortun elastikiyeti azalır, kardiyak output azalır. Diyastolik basınç ve diyastolik doluş süresi azalır; beta adrenerjik uyarıya yanıt azalır, arteriyel basınç artar. Hücresel kalp kasının hafif dejenerasyonu ve lipofuscin birikimi nedeniyle EKG’de PR, QRS ve QT intervallerinde hafif değişiklikler olabilir. Yaşla ilişkili olarak, başta aort kapağı olmak üzere mitral ve triküspit kapaklarda kalsiyum depolanması kapakların sertleşmesine yol açmaktadır. Yaşın artmasıyla birlikte arterlerin intima tabakasında kalınlaşma, vasküler düz kaslarında hipertrofi, internal elastik membranda fragmentasyon, arter duvarının kollajen miktarında artma, elastin miktarında azalma gelişir. Bu nedenle damar duvarlarının elastikiyetinde azalma meydana gelir. Aterosklerotik değişiklikler izlenir. Büyük arterlerin esnekliğinin azalması sistolik kan basıncını artırırken

diyastolik kan basıncını düşürmektedir. Nabız basıncı artar. Bu değişiklikler aynı zamanda yaşlılarda izole sistolik hipertansiyonla birlikte ortostatik hipotansiyon gelişiminde temel mekanizmalardır (4,21,22).

- Solunum Sistemi Değişiklikleri: Tüm akciğer bronşiolleindeki elastik liflerin oranı azalır. Alveollerin çapı ve akciğerin volümü artar, buna akciğerin senil hiperinflasyonu denir. Akciğerin kollajen miktarı artar ve göğüs duvarı elastikiyeti azalır. Periferik havayolları direnci artar. Diyafram esnekliği azalır, güç üretme kapasitesi azalır. Pulmoner kapiler kan volümü azalır. Solunum yolundaki siliaların sayısı ve işlevselliği azalır. Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan bu morfolojik ve fizyolojik değişiklikler yaşlılarda akut ve kronik solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığını ve prevalansını artırmaktadır (4,21,22).
- Sindirim Sistemi Değişiklikleri: Yaşlanmayla tükürük salgısı azalır, ağız kuruluğu artar. Alt özefagus sfinkter basıncında azalma izlenir. Gastroözefageal reflü artar. Üst özefageal sfinkter nöronlarında azalma izlendiği için yutkunma fonksiyonlarında kayıp izlenebilir. Mide elastikiyetinde azalma, mukus salgılamasında azalma izlenir. Laktaz üretimi azalması ile süt intoleransı artışı, barsak motilitesinin yavaşlaması, bazı enzimlerin etkinliğinin azalması gibi değişiklikler olabilir. Pelvik ve anorektal kaslar zayıflar, inkontinans izlenir. Hepatositlerin sayı ve volümü azalır. Bazı ilaçların metabolizması azalabilir ve ilaç-ilâç etkileşimi artabilir (4,21,22).
- Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri: Kas kütlesinde ve gücünde azalma olur. Kas liflerinde sayı ve boyut olarak azalma, intersitisyel boşluklarda ve bağ dokusunda artma buna neden olmaktadır. Bu süreç patolojik seviyelere ulaştığı zaman sarkopeni olarak adlandırılır. Kemiklerde kemik kütlesi ve mineral içeriğinde azalma, kemiğin yapısında değişiklikler, kemik iliğinin yağ içeriğinde artma izlenir. Bu durum kırık riskinde artmaya ve iyileşme kapasitesinde azalmaya neden olmaktadır. Kemiğin büyüme faktörleri ve hormonlara yanıtı değişmekte kalsiyum ve fosfat depoları azalmaktadır. Yaş ilerledikçe osteoblastların sayısı ve proliferasyonu azalırken osteoklastların sayısı artmaktadır. Bu durum osteoblast- osteoklast dengesinin bozulmasına ve kemik rezorbsiyonunun artmasına, kemik mineral yoğunluğunun azalmasına neden olarak osteopeni ve osteoporoz gelişimine sebebiyet vermektedir (4,21,22).
- Nörolojik Sistem Değişiklikleri: Yaşlanma sinir sisteminde yapısal, işlevsel ve biyokimyasal pek çok değişikliğe neden olmaktadır. Nöron kayıpları nedeni ile gri cevherde atrofi izlenir. Kortikal piramidal nöronların dendritik dallanmaları ve çıkıntıları, sinapsları azalır. Beyaz cevherin miyelin kılıfı bozulmaktadır. Ayrıca beyin

metabolizması yavaşladığından nörotransmitter sentezi, serotonin, dopamin, norepinefrin metabolitlerinin beyindeki konsantrasyonları azalır. Beyin yapılarındaki bu dejeneratif değişiklikler de hafıza, dikkat, algı gibi bilişsel işlevleri ve psikomotor aktiviteyi olumsuz yönde etkiler. Bilişsel işlevlerde bozulma en çok öğrenme, bellek, sorun çözme alanlarında olmaktadır (4,13,21,22).

- Endokrin Sistem Değişiklikleri: Tiroid bezi atrofiye uğrar. Hipotalamo- hipofizer aks etkilenir. Luteinizan hormon, folikül stimulan hormon, büyüme hormonu salınımı azalır. Kadınlarda overlerde foliküler aktivite sona erer, östrojen sentezi azalır, östrojene duyarlı dokularda atrofi başlar. Erkeklerde serum testosteron düzeyleri yaşla azalır. Adrenal medullanın işlevi ve adrenal korteks fonksiyonları yaş ile artar. Aldosteron sekresyonu renin sentezindeki azalma nedeniyle yaşla azalır. Bu durum, idrarda sodyumun tutulmasını azaltarak hiponatremiye neden olabilmektedir. Bazal adrenal medulla ve kortikal aktivitenin artışı adrenal/noradrenalin ve steroid hormonların rezervlerini azaltmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte insülin salınımı artarken insüline duyarlılık azalmaktadır. Melatonin salınımindaki sirkadyen ritm bozulur (4,21,22).
- Renal Sistem Değişiklikleri: Böbrek kütlesi ve glomerül sayısı azalır. Böbrek tubüllerindeki yaşlanma solütlerin geri emilimi ve sekresyonunu etkilemekte; sıvı ve elektrolit dengesini sağlamada zorluklara yol açabilmektedir. Böbrek kan akımı azalmaktadır. Detrusor kas kontraktilitesi, mesane kapasitesi ve idrar tutma yetisi yaşla azalırken vesikal hiperaktivite artmaktadır. Yaşlı kişilerde mesanenin doluluk duyusunun algılanması da azalmaktadır. Yaşlılarda mesanenin boşalma ve idrar biriktirme işlevinde bozulma nedeniyle üriner inkontinans görülme oranı yükselir (4,21,22).
- Hematopoetik Sistem Değişiklikleri: Kemik iliğindeki hematopoetik doku azalır. Yaşlanma sırasında lenfoid doku kaybı ve buna bağlı immün işlevlerde azalma meydana gelir (21,22).
- Duyu Organlarındaki Değişiklikler: Göz kapaklarının tonusunda azalma, gözyaşı yapımında azalma, kornea iç yüzeyinde endotelial hücrelerde dejenerasyon izlenmektedir. İrisin esnekliğinin azalması nedeni ile pupil küçülmekte ve ışığa reaksiyon yavaşlamaktadır. Retinada periferik alandaki rodların kaybı periferik görmeyi; retinanın koni hücrelerinin azalması da özellikle mavi ve yeşil renkte algıyı azaltmaktadır. Lenste opasiteler artar. Kulak zarının esnekliğini yitirmesi, orta kulak kemikçiklerinde gelişen kalsifikasyon, kulağa giden damarların zamanla elastikiyetlerinde bozulma ile işitme kaybı izlenir. Burunda glandüler atrofi izlenir.

Olfaktör nöronlarda atrofi izlenir. Ciltte epidermis kalınlığı değişmez; ancak cilt kuruluğu artar. Dermis ve epidermis kesişim hattında düzleşme olması cildin zedelenme olasılığını artırır. Epitelizasyon süresi uzar. Dermis tabakası inceler. Cilt altında sinirlerin sonlanma sayıları azalmasıyla cildin önemli işlevleri olan ağrı ve dokunma duyusunun iletimi azalır. Yaşlı kişilerde duyu organlarındaki değişiklikler; iletişim zorluklarına, sosyal izolasyona ve güvenlik sorunlarına neden olabilir (4,21,22).

2.2.2. Psikososyal Değişiklikler

Yaşlılığın psikolojik boyutu incelendiğinde bu dönemin bir takım bilişsel değişimler (beceriler, dikkat, öğrenme, bellek, akıl yürütme) ve ruhsal farklılaşmalarla (içe kapanma, geçmişe özlem, bir takım değerlerin kaybolduğu yönündeki görüşler, duygusal doyuma azalma, hayattan zevk alamama) dolu olduğu görülmektedir (23). Yaşlılık sosyal açıdan incelendiğinde ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (6).

Erikson'un (1963) psikososyal gelişim kuramına göre yetişkinlik döneminde bireyde ego bütünlüğü ya da umutsuzluk duygularından biri hâkimdir. Ego bütünlüğüne sahip olan bireyler, geleceğe umutla bakar. Hayatı olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul edip öncelikle kendiyile, sonra çevresiyle uyum içindedir. Kişi, ölümü dahi olgunlukla karşılar, ondan korkmaz. Umutsuzluk duygusu yaşayan bireyler ise, geçmişe yönelik büyük bir pişmanlık ve memnuniyetsizlik yaşamaktadırlar. Bu bireyler, çevrelerindeki kişilerle olan ilişkilerinde de problem yaşamaktadırlar. Erikson'un görüşleri ışığında yaşlılığa bakıldığında, yaşlılar psikososyal sorunlarla karşılaşma riski altındadır (1,5,24).

İşlevselliğin azalması ve yeteneklerin kaybı ile günlük yaşam etkinlikleri kısıtlanmakta ve yaşlı birey çevredekilere bağımlı duruma gelmektedir. Sosyal rollerin kaybı, işlevselliğin kısıtlanması ile özerkliğin ve kendi başına yaşamını sürdürebilme özelliğinin kaybedilmesi; emekli olma durumu, yakın arkadaş ve eşin kaybı, çocuklarının, torunlarının sağlık sorunlarının olması, maddi zorluklar, yaşadığı toplumun yaşlılara sunduğu eksik sosyal hizmetler, toplumun yaşlıya önyargılı bakış açısı, sosyal izolasyon gibi yaşam olayları, yaşam koşulları yaşlılık döneminde güçlükler neden olmaktadır. Bireyin gerek kendi bedeninde meydana gelen biyolojik değişimler, gerekse sosyal yaşamındaki olaylar yaşama uyumda zorlanmalara neden olmaktadır. Dolayısıyla yaşlılık dönemi biyolojik, psikolojik, ve sosyal

değişimlerin olduğu aktif bir süreçtir. Bireylerin yaşlandıkça yaşadıkları geri dönüşü olmayan kayıplar, onların zaman zaman öfke yaşamalarına neden olabilir. Öfkeyi uygun şekilde ifade edemeyebilirler. Bu durum depresyona ya da kişiler arası ilişkilerde bozulmaya yol açabilir. Günlük yeni gelişmelere uyum sağlayamayan yaşlılar, kendilerini dış dünyadan soyutlayabilir, içe kapanabilirler. Diğer yandan yaşlılık döneminde oluşan kayıplar, stresler, krizler, emeklilik, dulluk, hastalık, fiziksel gücün azalması, duyu kaybı, toplumsal statüdeki ve yaşam standartlarındaki değişiklikler gibi etkenler karşısında her yaşlının aynı tutum ve davranış sergilemediği, yaşam deneyimleri ve kişilik özelliklerine göre değişik yanıtlar geliştirdiği görülmektedir. Hangi kişiliğe sahip olursa olsun bireyler yaşlılıkta psikolojik olarak birtakım sorunlarla karşılaşmakta ve bu durum, bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyerek uyum gücüğü yaşamalarına yol açabilmektedir (1,5,24).

Psikososyal yönden değerlendirildiğinde, yaşlı bireylerin başarılı, mutlu, sağlıklı bir yaşlılık süreci geçirebilmeleri için aile ve yakın çevresiyle olan ilişkileri canlı tutulmalıdır. Yaşadığı toplumun sosyal politikaları yaşlıları daha çok günlük hayata katmaya yönelik olmalıdır. Eğitim alma ve eğitim vermeleri yönünde teşvik edilmelidirler. Üretkenliklerini sürdürebilmeleri için ortam hazırlanmalıdır (5,12,24).

2.3. TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA YAŞLI NÜFUS

Nüfusun yaşlanması dünyada ve Türkiye’de önemli bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Doğumda beklenen yaşam sürelerinin artmış olması ve doğum oranlarının azalması bu durumun temel nedenini oluşturmaktadır. 20. yüzyılın başlarında en büyük sağlık tehditleri enfeksiyon hastalıkları olarak izlenmekteydi. Yenidoğan ve çocuk ölümlerinin temel sebepleri olarak görülmekteydiler. Günümüzde ise esas olarak yetişkinleri ve yaşlıları etkileyen bulaşıcı olmayan hastalıkların global sağlığı tehdit ettikleri göze çarpmaktadır. Miyokart infarktüsü, diabetes mellitus, hipertansiyon, maligniteler gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar yaşla birlikte artmakta ve bu hastalıkların neden olduğu ekonomik ve sosyal yük artmaktadır (25).

Nüfus göstergeleri, Türkiye’de de toplam yaşlı sayısının artış göstermekte olduğunu ve böylece nüfusun hızla yaşlandığına işaret etmektedir. TÜİK verilerine göre, Türkiye’de 2000 yılında kaba doğum hızı %21,6 , 2019 yılında %16,0 iken, 2025 yılında beklenen hız %15,0’dır. Doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda; 2000 yılında 73,1 , 2019 yılında 81,1 iken, 2025 yılında beklenen süre 82,2’dir. Erkeklerde ise; 2000 yılında 69,0 , 2019 yılında

78,4 iken, 2025 yılında doğumla beklenen yaşam süresi 79,6'dır. Erkekler ve kadınlar arasındaki yaşam süresi farkı nedeni, gen ekspresyonları, hormonlar, immun sistem, seksüel ve reproduktif anatomi farklılıkları, gebelik, sosyal yaşam farklılıkları ve iş bağımlı rahatsızlıklar olarak görülmektedir. Kaba ölüm hızı 2000 yılında %7,25, 2019 yılında %5,45 iken, 2025 yılında beklenen hız %5,7'dir. 65 yaş üstü yaş grubu nüfus oranları 2000 yılında %6,7 , 2019 yılında %9,1 iken, 2025 yılında beklenen nüfus oranı %11,0'dir. Yaşlı bağımlı nüfus oranı 2000 yılında %10,5, 2019 yılında %13,4 iken, 2025 yılında beklenen oran %16,4'tür. Veriler yaşlı ve bağımlı nüfusun ülkemizde giderek arttığını göstermektedir (8,26).

Çizelge 2.3.1. TÜİK Verilerine Göre Yıllara Göre Demografik Veriler			
Demografik Göstergeler	2000 Yılı	2019 Yılı	2025 Yılı
Kaba Doğum Hızı	21,6%	16,0%	15,0%
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi- Kadın	73,1	81,1	82,2
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi- Erkek	69,0	74,8	79,6
Kaba Ölüm Hızı	7,2%	5,4%	5,7%
Yaşlı Bağımlı Nüfus Oranı	6,7%	9,1%	11,0%

Dünya'da da ülkemiz ile benzer şekilde yaşlı nüfusun arttığı izlenmektedir. DSÖ verilerine göre 2000 ve 2016 yılları arasında tüm dünya nüfusunda –her iki cinsiyette birlikte hesaplanmak üzere- doğumla beklenen yaşam süresi 66,5'tan 72,0 yaşına yükselmiştir (8). 2010 yılında ortalama 524 milyon olan 65 yaş üstü nüfus sayısının, 2050 yılında yaklaşık 1,5 milyar olması beklenmektedir. Bu artışın çoğunun gelişmekte olan ülkelerde olması beklenmektedir (25). BM verilerine göre ise; 1980 yılında 60 yaş üzeri nüfus 382 milyon iken, bu rakam 2017 yılında 962 milyona ulaşmıştır. 2050 yılında 60 yaş üzeri nüfusun 2,1 milyara ulaşacağı beklenmektedir. 2050 yılında 60 yaş üzeri nüfusun %79'unun gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor olacağı öngörülmektedir (27).

Nüfusun yaşlanması ile birlikte üzerinde önemle durulması gereken konularda artış göstermektedir. Bunlar, sosyal yaşamda ailenin yapısı, kentleşme, yoksullukla mücadele, sağlık hizmetleri, bakım hizmetleri, eğitim, emeklilik vb. sosyal politika konularıdır. Bu sebeple yaşlılık bireysel anlamda ele alınması gereken bir konu olduğu kadar, en az toplumsal anlamda da tüm boyutları ile ele alınmalıdır (23).

2.4. YAŞLI AYRIMCILIĞI

Yaşlı ayrımcılığı, ileri yaştakilere yönelik önyargı, tutum ve davranışlar aracılığı ile ifade edilen bir terimdir. Yaşa bağlı ayrımcılık, tarihte ilk olarak gerontolog Robert N. Butler tarafından 1969 yılında tanımlanmıştır. Robert Butler, bir yaş grubunun, diğer bir yaş grubuna karşı yaş nedeni ile ayrımcılık uygulaması, önyargılı yaklaşması olarak tanımlamıştır. Özellikle orta yaş grubunun, bağımlı grup olan genç yaş grubuna ve ileri yaş grubuna karşı gösterdiği ayrımcılığı vurgulamıştır (10). İlerleyen çalışmalarında, 1980 yılında Robert N. Butler, yaşa bağlı ayrımcılığı, cinsiyet ve ırk ayrımcılığından sonra gelen ayrımcılık olarak betimlemiştir ve ileri yaşlı insanlara karşı gösterilen davranışlar, tutumlar, geleneksel yaklaşımlar ve politikalar olarak tanımlamıştır. Yaşlı ayrımcılığının olumlu ya da olumsuz olabileceğini belirtmiştir (28,29). Erdman Palmore, yaşlı ayrımcılığına ilişkin araştırma yapan bir diğer önemli isimdir. Palmore her ne kadar yaşlı ayrımcılığının olumlu ya da olumsuz olabileceğini belirtse de (11,30), 2000 yılında, normal yaşlanma sürecinde fonksiyon ve yetenek kaybının görülmesi nedeni ile yaşlanmanın olumsuz bir anlam taşıdığını belirtmiştir. 2001 yılında Becca R. Levy, yaş ayrımcılığının sadece bir grubun diğer bir gruba ayrımcılık uygulamasından ibaret olmayabileceğini vurgulamıştır. Levy'e göre yaşlı ayrımcılığı, yaşlı grubun kendi aralarındaki ilişkilere göre şekillenebilmektedir. Yaşlılar, yaşlı oldukları döneme ilişkin negatif düşünceler geliştirebilmektedir. Bu düşünceler yaşlı kişilerin çevresindekilerin düşünceleri haline gelebilmektedir (29).

Yaş gruplarının birbirine karşı geliştirdiği ayrımcılıklar içerisinde yaşlı ayrımcılığı yaşlanan nüfus nedeni ile ve bağımlı yaşlı nüfusun artması nedeni ile önemli bir yer kaplamaktadır.

2.4.1. Yaşlı Ayrımcılığının Gelişmesinde Rol Oynayan Etkenler

Thomas Nicholaj Iversen ve arkadaşları, 2009 yılında alternatif bir yaşlı ayrımcılığı tanımı geliştirmişlerdir. Yaşlı ayrımcılığı Iversen'in tanımına göre, yaşlarından ötürü ya da yaşlıların kendilerini yaşlı algılamalarından ötürü yaşlılara karşı geliştirilen ayrımcılık, önyargı ve olumlu ya da olumsuz tutumlardır. Yaşlı ayrımcılığı, bilinçli ya da bilinçsiz yapılabilir, yapılma sebepleri mikro- mezo- makro düzeylerle açıklanabilir (30).

Yaşlı ayrımcılığı etiyolojisi ile ilgili birçok teori ortaya atılmıştır. Yaşlı ayrımcılığı etiyolojisi mikro, mezo, makro düzeyleri ile ele alınacaktır.

2.4.1.1. Yaşlı Ayrımcılığı Etiyolojisinin Mikro Düzeyleri

Yaşlı ayrımcılığının mikro düzeyi bireysellik ile ilişkilidir. Bireyin düşünceleri, duyguları, davranışları yaşlı ayrımcılığı gelişiminin mikro düzeyini oluşturmaktadır. Teoriler incelenecek olursa;

- Korku Yönetimi Teorisi (*Terror Management Theory*): Yaşlı ayrımcılığı oluşumundaki en önemli teorilerden biri olarak geçmektedir. Yaşlılık, ölümün ve kırılganlığın hatırlatıcısıdır. Yaşlılık, fonksiyon kaybı ve üretkenlikte azalma ile seyretmektedir. Bu nedenle genç yaş grupları, yaşlılık düşüncesi ile ölüm korkusu, yetersizlik korkusu yaşamaktadır (13,29,31).
- Sosyal Kimlik Teorisi (*Social Identity Theory*): Bireyler, pozitif üstün kimlik arayışı içerisinde oldukları ve bu üstünlüğü sağlayacak gruplaşmalar oluşturmaktadırlar. Bu sayede kendi içlerinde bulundukları grup, diğer gruplardan üstün olacaktır. Orta ve genç yaş gruplarının, ileri yaş grubuna üstünlük göstermeleri bu teori ile açıklanmaktadır (29,32).
- Kalıp Fikirlerin Somutlaşması Teorisi (*Stereotype Embodiment Theory*): Bireyler, gençken yaşlılığa dair kalıp fikirler edinmeye başlarlar ve yaşam boyunca bu fikirler içselleştirilir. Bu bireyler yaşlandıklarında yaşlılığa dair edindikleri bu fikirler bilinçdışı gerçekleşmeye başlar (29,33).

2.4.1.2. Yaşlı Ayrımcılığı Etiyolojisinin Mezo Düzeyleri

Yaşlı ayrımcılığı, bireysel düzeyde ortaya çıkabileceği gibi, sosyal gruplarda yaşlı ayrımcılığının tetikleyicisi olabilirler. Emeklilik yaşının gelmesi ile şirketlerden ayrılmak zorunda kalmak buna örnek olarak verilebilir.

- Grupların Evrimsel Süreci Teorisi (*Evolutionary Theories on Group Membership*): Bu teoriye göre bireylerin yaşı, refah düzeyi, sağlık düzeyi, ünvanı bu bireylere yardım edilip edilmemesi hususunda belirleyici role sahiptir. Çünkü toplumlarda üreme, üretme potansiyeli yüksek olan bireylere yardım daha çok tercih edilmektedir. Yaşamı tehdit eden bir tehlike ile karşılaşıldığında insanlar, ailelerine ve daha genç, daha güçlü, daha varlıklı, daha sağlıklı olanlara yardım etmektedir. Hayatı tehdit etmeyen durumların varlığında yaşlılara, güçsüzlere, fakirlere yardım edilmektedir (29,34).
- Yaş Ayrımı (*Age Segregation*): Yaşlı ayrımcılığını mezo düzeyde açıklayan en önemli etiyoloji nedenidir. Modern Batılı toplumlarda genç ve yaşlı gruplar arasında eğitim, aile hayatı, emeklilik vb. konularda önemli ölçüde ayrım

mevcuttur. Bu konularda bir araya gelemeyen gruplar arasındaki ayrımın daha da artması muhtemeldir (29,35).

- Nesiller Arası Çatışma Teorisi (*Intergenerational Conflict Theory*): Bu teorinin üç boyutu mevcuttur; nesillerin sırası, tüketim, kimlik. Bu teoriye göre, nesiller sırayla bu dünyaya gelecektir ve bu dünyayı terk edecektir. Kaynaklar ve iş gücü belli bir grubun elinde bulunmaktadır ve bu kaynakların adaletsiz dağılımına neden olmaktadır. Genç nesiller, yaşlı nesillerden paylaşılabilir kaynakları daha az tüketmesini, çalışma pozisyonlarını genç nesillere bırakmasını beklemektedir (29,36).

2.4.1.3. Yaşlı Ayrımcılığı Etiyolojisinin Makro Düzeyi

Yaşlı ayrımcılığı etiyolojisi makro düzeyde de açıklanabilmektedir. Bunun için, ‘Modernleşme Teorisi’ öne sürülmüştür:

- Modernleşme Teorisi (*Modernization Theory*): Bu teoriye göre, tıptaki ve teknolojiadaki gelişmeler, ileri yaşlı grubun sosyal statüsünü yitirmesine neden olmuştur. Ayrıca, bu gelişmeler engelli, morbiditesi yüksek, kırılgan yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Gelişmelere ileri yaşlı grup ayak uydurmakta zorlanmıştır, genç yaş grubu ile aralarında bilgi düzeyi farkı meydana gelmiştir. Buna ek olarak, şehirlere göç artmıştır; genç yaş grubu ailelerinden ayrılmıştır, ailelerinden daha modern yapıya kavuşmuşlardır ve bu nedenle nesiller arası fark daha da artmıştır (29).

2.4.2. Sağlık Alanında Yaşlı Ayrımcılığı

Jecker ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmaya göre, ABD’de 65 yaş ve üzeri nüfus toplam nüfusun %15’inden azını oluşturmaktadır. Ancak verilen sağlık hizmetinin %35’inden fazlası 65 yaş ve üzeri bireylere verilmektedir (37). Ülkemizde bu alanda yapılan epidemiyolojik çalışmalar sınırlı ve kısıtlıdır. Kardiyoloji polikliniklerine başvuran geriatri yaş grubunun incelendiği Elder-Türk (Türk Yaşlı Popülasyonunda Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi) çalışmasında, başvuran olgularda diyabet oranı %28.8, sigara kullanımı %11.3, hipertansiyon %73 ve hiperlipidemi oranı %35 olarak bulunmuştur (38). Kronik hastalık sıklığının yüksek olması sağlık birimlerinde yaşlı bireylerle karşılaşma sıklığının artabileceğini bizlere düşündürmektedir (39).

Toplumun yaşlı bireylere ve yaşlanmaya karşı taşıdıkları olumsuz tutumlar yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerini etkilemektedir (13,40,41). Yaşlı ayrımcılığı tutumları,

yaşlılara karşı önyargılı tutum, yaşlılara karşı verilen sağlık hizmetinin adil olmamasına neden olmaktadır ve yaşlılara verilen hizmetin kalitesini düşürmektedir (42). Sağlık hizmeti sunan bireylerde yaşlılığın ‘ölüm’, ‘hastalık’, ‘yavaşlık’, ‘unutkanlık’ vb. çağrışımlar yaratmasının, sağlık hizmetlerinde, mikro düzeyde yaşlı ayrımcılığı gelişimine neden olduğu düşünülmektedir. Bu etiyoloji yaşlı ayrımcılığının gelişmesine neden olan korku yönetimi teorisine uymaktadır. Makro düzeyde ise, sağlık politikalarının, sağlık sunum sistemlerinin yaşlı ayrımcılığına neden olduğu düşünülmektedir (29). Sağlık bakım profesyonellerine, yaşlı bireylerin bakımı ile ilgili yeterli eğitim verilmemesi, sağlık taramalarının belli yaş üzerindeki bireylere yapılmaması, ilaç çalışmalarının belli yaş üzerindeki bireylerde yapılmaması ve tedavilerin belli yaş üzerindeki bireylere uygulanmaması, yaşlı ayrımcılığının oluşmasına makro düzeyde zemin hazırlamaktadır (13,29,40,41).

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumu multidisipliner olmalıdır. Hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen gibi birçok sağlık hizmetinden sorumlu personelin bir arada çalışması gerekmektedir. Biyopsikososyal modelde yaşlı ve ailesinin hastalığa ve planlanan tedaviye uyumunu sağlayan disiplinler arası çalışma biçimine gereksinim duyulmaktadır. Yaşlı bireyler için koruyucu sağlık hizmetinin ve rehabilitasyon hizmetinin geliştirilebilmesi için yaşlılara bakım veren sağlık profesyonellerinin olumlu tutum geliştirmesi önem arz etmektedir. Bundan dolayı ulusal sağlık politikamızda da belirtildiği gibi yaşlı sağlığı hedeflerine ulaşmak için yaşlı bakımı ile uğraşan tüm insan gücünün nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi gerekmektedir (12,41).

2.4.2.1. Aile Hekimliği Ve Yaşlı Ayrımcılığı

Aile hekimliği hastalarla ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Aile hekimleri, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere sahip oldukları aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Hastalarının rahatsızlıklarının yönetimini; hastalarının yineleyen temaslarıyla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri de iletişimine ekleyerek gerçekleştirirler (43). Bununla birlikte kapsamlı yaklaşım gereği hastalarının akut ve kronik sorunlarını aynı anda değerlendirebilirler. Bu özellikleri, aile hekimlerini multifaktöriyel problemleri bulunan yaşlı bireylerin sorunlarının çözümünde önemli hale getirmektedir (22).

WONCA' nın yayınlamış olduğu Aile Hekimliği Ağacı' nın yapraklarında görölen ve disiplini tanımlayan 12 “temel özellik”, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken “12 temel yeteneği” belirler. Bunlar da ağacın dalları olarak yerleştirilmiş olan “6 çekirdek yeterlikte” toplanabilir:

- 1) Birinci basamak yönetimi
 - 1- Kişilerin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur.
 - 2- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar.
- 2) Kişi merkezli bakım
 - 3- Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
 - 4- Hastanın güçlenmesini teşvik eder.
 - 5- Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır.
 - 6- Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- 3) Özgün problem çözme becerileri
 - 7- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
 - 8- Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- 4) Kapsamlı yaklaşım
 - 9- Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
 - 10- Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- 5) Toplum yönelimli olma
 - 11- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- 6) Bütüncül yaklaşım- modelleme
 - 12-Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır (Holistik Yaklaşım) (44).

Birinci basamak sağlık hizmeti, temel aldığı ‘6 çekirdek yeterlilik’ ve ‘12 temel özellik’ ile yaşlı sağlığının kapsamlı bir şekilde ele alınabileceği bir birimdir. Aile hekimi; yaşlı sağlığını, fiziksel, psikolojik ve sosyolojik boyutları ile ele almalı; hastasının sahip olduğu değerleri ve tercihleri fark ederek hastasının ve gerekirse hasta yakınlarının karar verme sürecinde yol gösterici olmalı, tedavisine sadece hastasının yaşına göre karar vermemeli; gerekli bakımın elde edilmesinde kolaylaştırıcı rol üstlenmeli; hastası ve gerekirse hasta yakınları ile etkin bir iletişim sağlamalı, hastasının kronik hastalığına yönelik iletişim becerileri geliştirmeli; hastasının akut ve kronik sorunlarını iyi tanıyarak, hastasının şikayetlerini sadece yaşına bağlamamalıdır (44–46). Tüm bu yaklaşımların pratik hayatta daha rahat uygulanabilmesi için sağlık politikalarında yaşlıların olumlu yönde fayda sağlayabileceği değişikliklerin –kronik hastalıkları nedeni ile gelişebilecek iletişim kopukluğunun engellemek için daha fazla vakit ayrılmasına olanak sağlanması, sağlık hizmet merkezinin koşullarının iyileştirilmesi gibi- yapılması gerekmektedir (46). Tıp eğitimi ve aile

hekimliği uzmanlık eğitiminde yaşlılık, yaşlıya yaklaşım, yaşlılara y6nelik iletişim becerileri ile ilgili eğitimlerin daha fazla yapılması, toplumun yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı ile ilgili bilinçlendirilmesine y6nelik eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. Aile hekimliği eğitimlerinde 6zellikle bu konuya 6nem verilmesi yaşlı ayrımcılığı ile ilgili algının olumlu y6nde etkilenmesini sağlayacaktır. Bu olumlu tutum, yaşlıya verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artmasını sağlayacaktır (47).

2.5. EMPATİ KAVRAMI VE TARİHÇESİ

Empati, bir kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilmesi ve bu yolla onun duygu, d6şunçe, tutumları ve yaşantısını anlayabilmesidir. Empati (empathia) kelime olarak Yunanca k6kenlidir. Empati kelimesini oluşturan kelimeler incelenecek olursa, ‘em’ 6n eki ‘içinde’, ‘pathia’ kelimesi ise ‘hissetme’ anlamındadır. Empati kelimesi ilk olarak Aristo’nun ‘Rhetoric’ adlı eserinde kullanılmıştır. Yaygın olarak kullanımı ise, 1800’l6 yıllarda Almanya’da psikoloji, estetik ve sanat alanlarındaki 6alışmaların gelişmesi; ‘einf6hlung’ adı verilen bir kavramın ortaya çıkmasıyla başlamıştır. Almanca’da ‘ein’ içinde, ‘f6hlung’ ise ‘duygu, duygulanma, hissetme’ anlamını taşımaktadır. Estetik y6nden, nesnelerin algılanması sırasında g6zlemleyenin duygu ve d6şuncelerinin kendiliğinden yansıması; epistemolojik y6nden ise sanatçı ve şairlerin hedeflerine ulaşma y6ntemi anlamında kullanılmıştır (48,49).

1897’de Theodore Lipps, ‘einf6hlung’ kelimesini estetik alanından psikolojiye taşımıştır. Lipps, bir insanın kendisini karşısındaki nesneye yansıtması, kendisini onun içinde hissetmesi ve bu yolla insanın o nesneyi kendi içine alma duygudurumu ile içselleştirerek anlaması s6recini ‘einf6hlung’ olarak tanımlamıştır. İnsanlar arası karşılıklı ilişkiler s6recinde ise ‘einf6hlung’ kavramını ilk kez 1903 yılında Wilhem Wundt kullanmıştır. Titchener ise, 1909 yılında Lipps’in ‘einf6hlung’ terimini, Yunancadaki ‘empathia’ kelimesinden temel olarak İngilizceye ‘empathy’ olarak 6evirmiştir. Titchener, empatiyi “diğerinin davranışına tepki verirken, o durum içerisinde kendi kendini hissetme ve diğerleriyle birlikte hissetme” biçiminde tanımlamıştır (49).

Empati, 1920’lerden bu yana, hem kişilik kuramcıları hem de psikoterapistler tarafından yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Empati kavramını geliştiren en 6nemli isimlerden biri Carl Rogers’tır. Rogers, psikoterapi alanında empatik iletişim kurma becerisi ile 6nlenmiştir ve daima yaşamda, kişilerarası iletişimde empatinin 6nemini ve yerini vurgulamıştır. Rogers, empatiyi, ‘Bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak

olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi süreci', olarak tanımlamıştır. Rogers, danışan merkezli psikolojik danışma kuramında; danışmanın, danışanı ile empati kurması gerekliliğini ileri sürmüştür (49,50). Bu durumda empatinin üç temel ögeden oluşmaktadır:

1. Empati kuracak kişi, kendisini karşısındakinin yerine koymalıdır ve olaylara onun gözüyle bakmalıdır.
2. Empatinin bilişsel ve duygusal bileşenleri doğrultusunda; empati yapan kişi, karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlamalıdır.
3. Empati kuran kişinin zihninde oluşan empatik anlayış, karşısındaki kişiye iletilmelidir (50).

2.5.1. Empatinin Bileşenleri

2.5.1.1. Bilişsel Empati

Bilişsel empati, dikkatli gözlem ve düşünme ile karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini, aynı duyguları yaşamadan bilişsel olarak anlayabilmektedir (49).

2.5.1.2. Duyuşsal Empati

Empatinin duygusal bileşeni, bireyin kendisini başkasının yerine koyarak, bireyin iç dünyasını, düşüncelerini, hissettiklerini algılaması sürecini kapsamaktadır (50).

2.5.2. Empatinin Sınıflandırılması

Üstün Dökmen tarafından 1988 yılında ortaya konan aşamalı empati sınıflandırması üç basamaktan oluşmaktadır: Onlar Basamağı, Ben Basamağı, Sen Basamağı'dır.

1. Onlar Basamağı: Bu basamakta, tepki veren kişi için karşısındaki kişinin anlattığı soruna ilişkin duygu ve düşüncelerine dikkat edilmemektedir. Tepki veren kişinin bu soruna ilişkin duygu ve düşünceleri bu basamakta yer almamaktadır. Sorunu dinleyen kişi, sorun sahibi kişiye o soruna ilişkin toplumun görüşlerini dile getiren geri bildirimler vermektedir.
2. Ben Basamağı: Bu basamakta, tepki veren kişi ben-merkezcidir ve karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerine yönelmek yerine sorun sahibini eleştirir, ona akıl verir.
3. Sen Basamağı: Bu basamakta, empatik tepki veren kişi, kendisine sorunu ileten kişinin rolünü üstlenir, olaylara o kişinin gözüyle bakar, o kişinin duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışır

Dökmen tarafından yukarıda sıralanan empati tepki basamaklarını kapsayacak şekilde on alt basamak oluşturulmuştur. Sonuçta, söz konusu on basamak, en kalitesiz tepkiden en kaliteliye doğru olmak üzere aşağıda görüldüğü şekilde sıralanmıştır:

1. Senin problemin karşısında başkaları ne düşünür, ne hisseder: Bu basamakta empati kurmaya çalışan kişi, genellemeler yapar, atasözlerine- özdeyişlere başvurabilir, dinlediği soruna ilişkin olarak genelde toplumun neler hissedebileceğine ilişkin geri bildirim verir; sorununu anlatan kişiyi toplumun değer yargıları açısından eleştirir.
2. Eleştiri: Dinleyen kişi, sorununu anlatan kişiyi kendi görüşleri açısından eleştirir, yargılar.
3. Akıl Verme: Karşısındakine akıl verir, ona ne yapması gerektiğini söyler.
4. Teşhis: Kendisine anlatılan sorunu ya da sorunu anlatan kişiye teşhis koyar; örneğin "bu durumun sebebi toplumsal baskıdır" ya da "sen bunu kendine fazla dert ediyorsun" der.
5. Bende de Var: Kendisine anlatılan soruna ya da sorunun benzerinin kendisinde de bulunduğunu söyler; "aynı benim başımda" diye söze başlar ve kendi sorununu anlatmaya başlar.
6. Benim Duygularım: Dinlediği sorun karşısında kendi duygularını sözle ya da davranışla ifade eder; örneğin "üzüldüm" ya da "sevindim" der.
7. Destekleme: Karşısındaki kişinin sözlerini tekrarlamadan, onu anladığını ve desteklediğini belirtir.
8. Soruna Eğilme: Kendisine anlatılan soruna eğilir, sorunu irdeler, konuya ilişkin sorular sorar.
9. Tekrarlama: Kendisine iletilen sorunu, gerekirse sorun sahibinin kullandığı bazı kelimelere de yer vererek özetler; yani dilediği mesajı kaynağına yansıtmış olur.
10. Derin Duyguları Anlama: Bu basamakta empati kuran kişi, kendisini empati kurduğu kişinin yerine koyarak onun açıkça ifade ettiği ya da etmediği tüm duygularını ve onlara eşlik eden düşüncelerini fark eder ve bu durumu ona ifade eder (50).

Yukarıdaki basamaklardan;

1. basamak = Onlar Basamağına
2. , 3. , 4. , 5. , 6. = Ben Basamağına
7. , 8. , 9. , 10. = Sen Basamağına ilişkindir.

2.5.3. İletişimde Empatinin Önemi

İletişim; bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma süreci olarak ifade edilebilmektedir. İletişimin gerçekleşebilmesi için iki sistem gereklidir: iki insan, iki hayvan, bir insan- bir hayvan gibi. İletişimin, kaynağını ve hedefini insanlar oluşturduğu takdirde kişilerarası iletişim olarak tanımlanabilmektedir.

Kişiler arasında kurulan iletişimin sürecini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen kişisel, fiziksel ve sosyal faktörler olabilmektedir. Bunlar:

- Kişisel faktörler: Bireyler arasında farklılık gösteren duygu, düşünce ve değerler,
- Fiziksel faktörler: Genetik ve fiziksel özellikler,
- Sosyal faktörler: Statü, bireylerin toplumdaki itibarı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu gibi faktörleri içermektedir.

Kişilerarası iletişim, üç başlıkta toplanmaktadır: çatışmalı iletişim, çatışmasız iletişim ve empatik iletişim. Empatik iletişimin diğer iletişim tiplerinden farkı, taraflar arasında bilgi aktarımı olmaktadır ve taraflar yalnız kalmamaktadır (50).

En az iki kişi arasında gerçekleşen iletişimin empatiyi de kapsaması, kişilerarası iletişimin daha sağlıklı ve daha olumlu noktaya taşınması hususunda önem arz etmektedir (49). Empati, iletişim problemlerinin doğmasına engel olarak daha olumlu ilişkiler kurulmasını sağlamakta önemli rol oynamaktadır (51).

2.5.3.1. Sağlık Alanında İletişimde Empatinin Önemi

Sağlık alanında çalışanlar açısından, sağlık hizmeti veren birimlerin birlikte koordine biçimde çalışması, sağlık hizmeti alan bireylerin ve sağlık hizmeti veren ekiplerin ilişkisinin etkili, memnuniyetin yüksek bir biçimde gerçekleşebilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkili uygulanabilmesi için sağlıkta iletişim çok önemlidir.

Kültürel, toplumsal, ekonomik, psikolojik gibi etmenlerin etkili olduğu hasta hekim ilişkisinde, hastanın hekimine güven duyması, hastanın hekimi ile etkin bir iletişim kurmasından geçmektedir. Etkin iletişim; tanı sürecinin, tedavinin sürecinin etkinliği açısından en önemli koşullardan biridir. Hasta ile ilgili bilgilerin çoğu görüşme ile ortaya çıkmaktadır. Doktorun iletişim becerileri hastanın memnuniyetini, hastanın işbirlikçi oluşunu, tedaviye uyumunu olumlu olarak etkilemektedir. Hastaların endişelerinin, kaygılarının dinlendiği ve hekimin doğru mesaj alışverişi sağlayabildiği aktif dinlemeyi de içeren iletişim

becerileri, hastaların hekimde aradıkları nitelikler arasındadır. İletişim eksikliğinden kaynaklanan güvensizlik nedeniyle hastalar memnuniyetsiz olabilmektedirler, bu da tanı ve tedavi sürecine uyumlarını zorlaştırmaktadır (52–54).

Etkin dinleme becerileri, hasta- hekim ilişkisinde empati ve açık uçlu soruların kullanımı iletişimdeki başarıyı sağlamaktadır (54). Empati, optimum olumlu sağlık verileri ile sonuçlanan hasta- hekim ilişkisinin en önemli bileşenlerinden biridir (55,56). İletişimde empati ile hastanın iletişime katılması desteklenir. Böylece hekimin, hastanın içinde bulunduğu durumu bütüncül olarak anlamasını sağlamak, hekimin hasta bakımındaki etkisini artırmak ve hasta ile hekim arasındaki uyumun artmasını sağlamak olanaklı olur (53). İletişim ile geliştirilmiş doktor-hasta iletişimi, hastanın tedaviye katılımını ve tedaviye uyumunu arttırmaktadır. Sonuç olarak etkin iletişim, sağlık bakım kalitesini geliştirmektedir (54).

2.5.3.1.1. Aile Hekimliği ve İletişimde Empatinin Önemi

Aile sağlığı merkezleri, bireylerin sağlık hizmeti ile karşılaşmada ilk tıbbi temas noktasıdır. Hasta ve aile hekimi arasında kurulan her temas, hasta- hekim arasında gelişen bir öykünün oluşumunu sağlar. Hastayla yapılan her bir yeni görüşme önceki ortak deneyimin üzerine eklenir. Bu kişisel ilişki, aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanır ve kendi başına iyileştirici bir nitelik taşır (44).

Aile hekimi, hasta merkezli yaklaşım disiplini temel alarak hastaları ile iyi bir iletişim kurmalı ve onlarla işbirliği yapmalıdır. Hasta merkezli yaklaşım, hekim ile hasta arasındaki iletişimin dengeli ve karşılıklı olması anlayışını temel almaktadır. Bu nedenle ideal bir yaklaşım tarzı olarak kabul edilmektedir. Kurulacak olan iletişimin iyi olması, olumlu sağlık çıktıları alınması ihtimalini artırmaktadır (45).

Sonuç olarak, aile hekimlerinin hastaları ile empatik temelde iletişim kurmaları hasta memnuniyetini artıracaktır ve sağlık verilerinin olumlu sonuçlanması ihtimalini artıracaktır. Bu nedenle hem tıp eğitimi sürecine, hem de aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde empatinin geliştirilmesine yönelik eğitimler verilmesi önem arz etmektedir.

2.6. EMPATİ VE YAŞLILARA KARŞI TUTUM

Empati, bireyler arasındaki hedefleri, deneyimleri, ihtiyaçları paylaşmaya olanak tanıyan temel sosyal role sahiptir. Empati gelişiminde; eğitim sistemi, aile, içinde yaşanan toplum, kültür önemli etkilere sahiptir. Farklı becerilerin birleşiminden oluşan karmaşık bir yapıya sahip olan empati, öğretilabilir bir nitelik olarak kabul görmektedir (49).

Empati, hasta- hekim ilişkisinin en önemli bileşenlerinden biridir (55,56). Hasta-hekim ilişkisinde empati iletişimdeki başarıyı sağlamaktadır (54). Yaşlı hastalarda iletişim süreci normal bireylerle iletişime nazaran daha karmaşık olabilir. İletişim, normal yaşlanma sürecindeki işitme kaybı, özellikle yakın hafızada gerileme, bilginin işlenmesinde yavaşlama, güçte azalma, hareketlerde yavaşlama, emeklilik, aile fertlerinden ve arkadaşlardan ayrılık nedeniyle engellenmiş olabilir. Bu nedenlerden dolayı yaşlılarla iletişim güçlükleri yaşanabilir. Bu nedenlere; hekimin uzaktan konuşması, göz teması kurmadan konuşması, hastanın anlayıp anlamadığına dikkat etmemesi, ağzında maske varken konuşması, konuşurken ses tonuna dikkat etmemesi, hastanın işitme gücü olup olmadığını bilmemesi ve işitme problemi olan hasta ile iletişim becerisinin yetersiz olması gibi faktörlerin eklenmesi iletişim güçlüklerin daha da artırmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarına yaşlı hasta ile iletişim becerilerini artırmaya yönelik eğitimler gerekmektedir (46).

Empati eğitimleri ile yaşlılara karşı tutumun iyileştirilebileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Temel iletişim becerisi eğitimlerinin yanı sıra yaşlıların gözünden hayata bakmayı göstererek empati geliştirmek ve yaşlılara karşı tutumu iyileştirmek adına kullanılan teknolojik yöntemlerle yapılan eğitimler mevcuttur (18).

Sonuç olarak, nüfusun yaşlanmasıyla birlikte yaşlıların sağlık merkezine başvurma sıklığı giderek artmaktadır (46). Bu nedenle, yaşlılara karşı tutumun iyileştirilmesine yönelik çalışmaların artması gerekmektedir. Tıp fakültesi eğitiminde, aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde ve diğer insan ilişkilerinin yüksek olduğu branşların eğitimlerinde yaşlılar ile iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik, empati düzeyini geliştiren uygulamalar artırılmalıdır. Bu sayede yaşlılara verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artması daha mümkün olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı anket çalışması olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

İzmir ili sınırları içinde bulunan tüm aile hekimliği asistanları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Tüm evrene ulaşılması hedeflenmektedir. Eylül 2019 verilerine göre katılımcıların sayısı:

- Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği 36 asistan
- Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği 45 asistan
- Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 68 asistan
- Katip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 45 asistan

3.3. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olmak
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak İzmir ili sınırları içerisinde eğitim gören aile hekimliği uzmanlık öğrencileri tarafından doldurulmak üzere hazırlanan sosyodemografik veri formu (EK 1), JSPE- HP versiyonu (Jefferson Hekim Empati Ölçeği- Sağlık Profesyonelleri versiyonu) (EK 2) ve YATÖ (Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği) (EK 3) kullanıldı. 15.11.2019-31.12.2019 tarihleri arasında, çalışmamıza katılmayı kabul eden aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine anket formları verilerek kendilerinin doldurmaları talep edildi. Tüm katılımcıların anket öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okumaları sağlanarak yazılı onayları alındı.

3.5. Veri formu ve Ölçek

a. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından literatür taranarak bireylerin sosyal ve demografik özelliklerini ve yaşlılık ile yaşlı ayrımcılığı düşüncelerini tespit etmeye yönelik hazırlanmış toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik veri formunda, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, aile hekimliği asistanlığının süresi, medeni durumu, aile tipini, en uzun süre yaşanılan yerleşim yerini, 65 yaş üstü akraba ile yaşama durumunu ve yaşadı ise kaç yıl yaşadığını öğrenmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Katılımcılara, yaşlılar ile yaşama isteği, geriatri merkezinde çalışma isteği, yaşlılık ile ilgili akıllarına ilk gelen düşünce, yaşlılara karşı tutumun iyileştirilmesi için düşündükleri en önemli davranış biçimi soruları yöneltilmiştir.

b. Jefferson Hekim Empati Ölçeği

Jefferson Empati Ölçeği (JSE), 2001 yılında Hojat ve arkadaşları tarafından tıp eğitimi ve hasta bakımı ilişkili doktor ve çalışanların empati düzeyinin ölçülebilmesi için psikometrik bir araç ihtiyaç duyulması üzerine geliştirilmiştir (57–59). Literatüre ‘Jefferson Scale of Physician’s Empathy’ olarak geçen JSE, tıp eğitiminde tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. 80’den fazla ülkede kullanılmış olup 56 dile çevrilmiştir (59). JSE, 20 maddeden oluşmaktadır ve yedili likert tipi formatında hazırlanmıştır. Ölçeğin ilk 10 maddesi pozitif ifadelidir ve direkt olarak puanlandırılmaktadır. İkinci 10 maddesi negatif ifadelidir ve puanlamalar tersine çevrilerek yapılmaktadır. Jefferson Empati Ölçeği’nin üç versiyonu bulunmaktadır. 1) HP versiyonu (*Health Professionals version*): Doktorlar ve hemşire, eczacı, diş hekimleri gibi sağlık hizmeti sunucuları için geliştirilmiştir. 2) S versiyonu (*Student version*): Tıp öğrencileri için geliştirilmiştir. 3) HPS versiyonu (*Health Professions Student version*): Tıp dişı sağlık meslekleri öğrencilerine yönelik hazırlanmıştır. Bu üç versiyon birbirleri ile küçük farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklardan biri, uygulandıkları çalışma popülasyonuna uygun olacak şekilde maddelerdeki bazı kelimelerin değiştirilmiş olmasıdır (58,59).

Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin yapı geçerlik, ölçüt bağıntılı geçerlik, iç tutarlılık güvenilirlik (Cronbach alfa katsayısı 0,80) ve test- tekrar test güvenilirlik çalışmaları Hojat tarafından yapılmış ve geçerlik güvenilirliği yüksek bulunmuştur (59,60).

Jefferson Hekim Empati Ölçeği üç faktör altında gruplanmıştır: Faktör 1 “perspektif alma”, faktör 2 “şefkatle davranma” ve faktör 3 ise “hastanın ayakkabısını giyme” olarak belirlenmiştir. Empati ölçeğinin altta yatan faktörlerini inceleyebilmek için, açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. İlk 10 pozitif ifadeli madde birinci faktör olarak kabul edilen “perspektif

alma”dır. Negatif ifadeli 8 madde ikinci faktör olarak belirlenen “şefkatle davranma”dır. . Son olarak diğer iki negatif ifadeli madde ise, üçüncü faktör olarak belirlenen “hastanın ayakkabısını giyme”dir. Jefferson Hekim Empati Ölçeği skorları en az 20, en fazla 140 puan olabilir. Yüksek puanlar daha iyi empatik yaklaşımı göstermektedir (59).

Gönüllü ve Öztuna, 2012 yılında Jefferson Empati Ölçeği’nin S versiyonu’nun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmışlardır. Çalışma 752 tıp fakültesi öğrencisi ile yapılmıştır. Doğrulamalı faktör analizi, 18. madde hariç ölçeğin mevcut üç boyutlu yapısını doğrulamıştır. Bunun nedeni olarak, 18. maddenin Türkçe’ye çevrildikten sonra doğruluğunu yitirmiş olabileceği yönünde yorumlanmıştır. Alt ölçekler için iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,83, 0,70, ve 0,60 olarak bulunmuştur. "Perspektif alma" ve "şefkatli bakım" puanları açısından cinsiyet ve eğitim yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (61).

Teke ve arkadaşları 2010 yılında Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin HP versiyonunun Türkçe çevirisini, anlaşılabilirlik, soruluş sırası, soruluş şekli ve cevaplama süresi açısından sınamaya işleminden sonra beşli likert formatında 480 hekime uygulanmıştır. Çalışmada üç aşamalı analiz süreci izlenmiştir. Birinci aşamada basit sıklık analizi yöntemi kullanılmış ve JSPE ölçeğinde olabilecek en yüksek puana göre karşılaştırma yapılarak doktorların empati düzeyleri toplu olarak tespit edilip kıyaslanmıştır. İkinci aşamada çok sayıdaki değişkeni faktörler biçiminde kısa özetleyici bilgiler şeklinde belirlemek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Üçüncü aşamada değişik demografik özellikler açısından doktorların empati düzeylerinin farklılığını irdelemek amacıyla bağımsız T-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi aşamasında, faktör analizi sonucu KMO (Kaiser- Meyer- Olkin) yeterlilik ölçüsü 0,822 bulunmuştur. Bu ölçü, değişkenlerin kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüklerini karşılaştırmak için kullanılan bir parametre olup, KMO ölçüsünün büyük olması değişkenlerin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Barlett Test of Sphericity korelasyon matrisinde değişkenler arasındaki korelasyon 5485,115 bulunmuş olup anlamlılık düzeyi p: 0,000’dır. Bu iki testin sonucuna göre faktör analizine devam edilmesine karar verilmiştir. Faktör analizi, temel bileşenler analizi ve varimax dikey döndürme tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiş ve temel bileşenler analizi vasıtasıyla faktör indirgenmesi sırasında faktör yükleri 0,50’nin altında olan değişkenler analizden çıkarılmıştır. Analizden çıkarılan değişkenler, 14 (Tıbbi hastalıkların tedavisinde duygunun yeri olmadığına inanırım.), 15 (Hastalarım ve yakınlarıyla çok fazla samimiyet kurarak bana yaklaşımlarına

izin vermem.) ve 17 (Tıbbi olmayan literatürleri okumaktan ve sanatla ilgilenmekten hoşlanmam.) numaralı maddelerdir ve bu değişkenlerin faktör yükleri sırasıyla 0,204, 0,355, 0,264 olarak bulunmuştur. Faktör analizi uygulanacak değişkenlerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri gözden geçirilmiş ve değerlerin yaklaşık -2 ve +2 arasında olduğu ve verilerin normal dağılıma uygun olduğu gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre öz değeri 1'in üzerinde olan iki faktör tespit edilmiştir. Bu iki faktör toplam varyansın %47,709'unu açıklamaktadır. İlk faktör "yerine koyma" olarak isimlendirilmiş olup, toplam varyansın en büyük kısmını (%32,985) açıklamaktadır. İlk 10 madde bu faktör altında toplanmıştır. Diğer faktör ise "duygusal yaklaşım" olarak isimlendirilmiş olup toplam varyansın %14,724'ünü açıklamaktadır. 11- 20 aralığındaki diğer maddeler ise (14., 15. ve 17. maddeler hariç) bu faktörü oluşturmaktadır. Hojat ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada üçlü faktör yapısı ("perspektif alma", "şefkatle davranma", "hastanın ayakkabısını giyme") benimsenmiş olup, bu üç faktör toplam varyansın %36'sını belirlemektedir. Her iki çalışmada da birinci faktör aynı bulunmuştur fakat Teke ve arkadaşlarının çalışmasındaki ikinci faktör ("duygusal yaklaşım"), Hojat ve arkadaşlarının çalışmasında iki faktör ("şefkatle davranma", "hastanın ayakkabısını giyme") olarak gruplanmıştır. Teke ve arkadaşları Hojat ve arkadaşlarının çalışmasındaki ikinci ve üçüncü faktörlerin benzer yapıyı ölçtüklerini öne sürmüş ve açıklanan varyans oranları belirgin şekilde daha yüksek bulunduğundan iki faktörlü yapı kullanılmasını uygun görmüştür. Elde edilen faktörlerin içsel güvenirlikleri Cronbach's Alpha ile test edilmiş ve faktörlerin güvenirlikleri sırasıyla 0,921 ve 0,771'dir. Çalışmamızda, Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin HP versiyonunun henüz Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmadığından, Teke ve arkadaşlarının istatistiksel analizleri esas alınmış ve beşli likert formatında ikili faktör yapısı kullanılmıştır (62).

c. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ), 2008 yılında Vefikuluçay ve Terzioğlu tarafından üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının psikometrik açıdan incelenmesi amaçlı geliştirilmiştir, geçerlik, güvenirliği yapılmıştır (13). 2011 yılında Vefikuluçay ve Terzioğlu tarafından 500 öğrenciye yapılan çalışmada ölçeğin tüm maddeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısının (Cronbach's alpha katsayısı) 0.80 olduğu bulunmuştur (63).

YATÖ, 23 maddeden oluşan beşli likert tipi ölçektir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmakta olup olumlu tutum ifadeleri, olumsuz tutum ifadeleri içermektedir.

1. Boyut, Yaşlının Yaşamını Sınırlama: Toplumun yaşlı bireyin sosyal yaşamını sınırlamaya ilişkin inanç ve algılarıdır (1, 5, 12, 14, 17, 19, 21, 22, 23 nolu maddeler).

2. Boyut, Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık: Toplumun yaşlı bireye yönelik olumlu inanç ve algılarıdır (2, 4, 6, 7, 8, 9, 13, 20 nolu maddeler).

3. Boyut, Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık: Toplumun yaşlı bireye yönelik olumsuz inanç ve algılarıdır (3, 10, 11, 15, 16, 18 nolu maddeler).

Olumlu tutum maddeleri: 2, 4, 6, 7, 8, 9, 13, 20, 23. maddelerdir.

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

Araştırmada kullanılan YATÖ'ye verilen yanıtlar her bir maddeye verilen toplam puanlar üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan maddeler “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Tamamen Katılıyorum” seçenekleri olan 5’li likert tipi bir ölçek ile değerlendirilmiştir. Öğrenciler yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum cümlelerine; tamamen katılıyorsa “5” puan, katılıyorsa “4” puan, kararsızsa “3” puan, katılmıyorsa “2” puan, kesinlikle katılmıyorsa “1” puan alacak şekilde puanlandırılmıştır. Yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutum cümleleri ise; yukarıda belirtilen puanlamanın tam tersi olarak, öğrenciler tamamen katılıyorsa “1” puan, katılıyorsa “2” puan, kararsızsa “3” puan, katılmıyorsa “4” puan, kesinlikle katılmıyorsa “5” puan alacak şekilde puanlandırılmıştır.

Öğrencilerin ölçekten alabilecekleri maksimum puan “115”, minimum puan ise “23”dür. Ölçekten alınan en yüksek değer öğrencinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip olduğunu, en düşük değer ise öğrencinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutuma sahip olduğunu göstermektedir. (YATÖ puan ortalamasının “115”e yakın olması, öğrencinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip olduğunu göstermektedir. YATÖ puan ortalamasının “23”e yakın olması, öğrencinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutuma sahip olduğunu göstermektedir).

YATÖ’nün “yaşlının yaşamını sınırlama” alt boyutu puan ortalamasının “45”e yakın olması, öğrencinin yaşlının yaşamını sınırlama boyutuna ilişkin tutumunun olumlu olduğunu göstermektedir. YATÖ’nün “yaşlının yaşamını sınırlama” alt boyutu puan ortalamasının “9”a

yakın olması, öğrencinin yaşının yaşamını sınırlama boyutuna ilişkin tutumunun olumsuz olduğunu göstermektedir. YATÖ'nün "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutu puan ortalamasının "40"a yakın olması, öğrencinin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık boyutuna ilişkin olumlu tutuma sahip olduğunu göstermektedir. YATÖ'nün "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt boyutu puan ortalamasının "8'e yakın olması, öğrencinin yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık boyutuna ilişkin olumsuz tutuma sahip olduğunu göstermektedir. YATÖ'nün "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt boyutu puan ortalamasının "30"a yakın olması, öğrencinin yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık boyutuna ilişkin tutumunun olumlu olduğunu göstermektedir. YATÖ'nün "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt boyutu puan ortalamasının "6"ya yakın olması, öğrencinin yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık boyutuna ilişkin tutumunun olumsuz olduğunu göstermektedir.

3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir ve verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edilmiştir. Veriler normal dağılıma uymadığından, çizelgelere ait veriler ortanca ve çeyrekler açıklığı (ortanca: 50p; IQR: 25p- 75p) olarak verilmiştir. İki grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney-U Testi" üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise "Kruskal-Wallis Testi" kullanılmıştır. Fark bulunması durumunda Post Hoc testlerden Tamhane testi kullanılarak farklılığı yaratan grupların tespiti yapılmıştır. Nitel değişkenlerin gruplar arası farklılıklar incelenirken gerekli varsayımların sağlandığı durumda "Pearson Ki-kare testi" yapılmıştır. Nicel değişkenlerin arasındaki doğrusal ilişkinin gücünü ve yönünü tanımlamak için Spearman rho Korelasyon testi kullanılmıştır. Tüm değerlendirmeler %95 güven aralığında yapılmış olup %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Etik Onay

Çalışmamız, 13.11.2019 tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (karar no:4) etik onay almıştır (EK 4).

3.8. Araştırma İzni

Çalışmamız, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine ölçeklerin ve sosyodemografik veri formunun uygulanması için Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Dekanlığı'nda izin almıştır (EK 5). Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine ölçeklerin ve sosyodemografik veri formunun uygulanması için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı'ndan izin almıştır (EK 6).



4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği kliniklerinden toplam 194 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Çizelge 4.1.1’de gösterilmiştir.



Çizelge 4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Özellik	Parametre	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	119	61,3
	Erkek	75	38,7
Yaş	30 yaş ve altı	126	64,9
	31- 40	32	16,5
	41- 50	28	14,4
	51 yaş ve üzeri	8	4,1
Meslekteki Toplam Hekimlik Süresi	10 yıl ve altı	153	78,9
	11- 20	21	10,8
	21- 30	16	8,2
	31 yıl ve üzeri	4	2,1
Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitim Yılı	1. yıl	53	27,3
	2. yıl	70	36,1
	3. yıl	71	36,6
Medeni Durum	Evli	103	53,1
	Bekar	91	46,9
En Uzun Süre İle Yaşanılan Yerleşim Yeri	İl	158	81,4
	İlçe	36	18,6
Aile Tipi	Çekirdek	170	87,6
	Geniş	11	5,7
	Diğer	13	6,7
Şimdiye Kadar 65 Yaş Üzeri Yaşlı İle Hiç Yaşadınız mı?	Evet	88	45,4
	Hayır	106	54,6
65 Yaş Üzeri Yaşlı İle Yaşama Süresi	Hiç yaşamamış	106	54,6
	1- 5	55	28,4
	6- 10	13	6,7
	11- 15	6	3,1
	16- 20	6	3,1
	21 yıl ve üzeri	8	4,1
	Toplam	194	100

Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu'nda yaşlılıkla, yaşlılarla yaşama ile ve geriatri merkezinde çalışma ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yaşlı ayrımcılığı tutumunun iyileştirilmesine ilişkin düşünceleri sorulmuştur. Katılımcıların sorulara verdikleri yanıtlar Çizelge 4.1.2'de ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

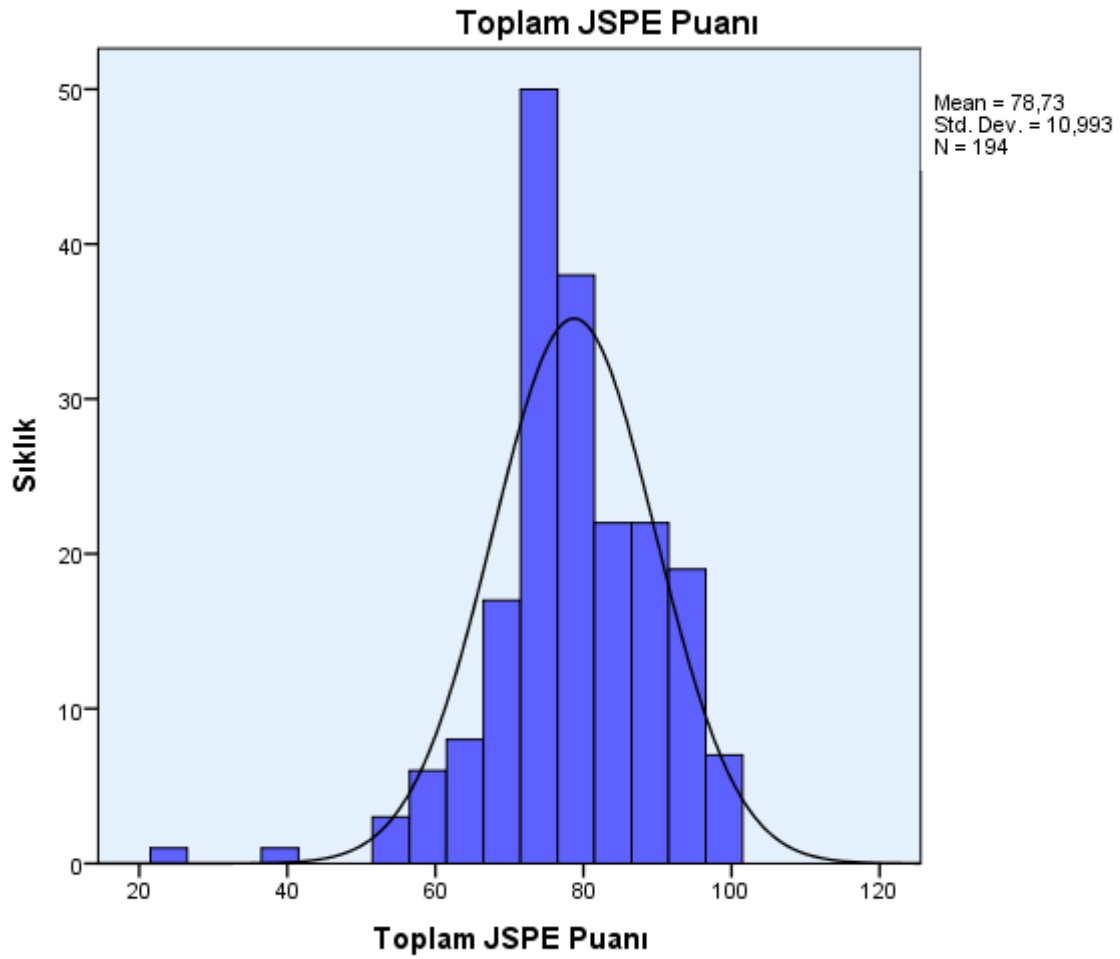
Çizelge 4.1.2. Katılımcıların Sosyodemografik Veri Formundaki Sorulara Verdikleri Yanıtların Sayı ve Yüzdeleri

Soru	Yanıt	Sayı	Yüzde
Yaşlılar İle Yaşama İsteği	Evet	55	28,4
	Hayır	139	71,6
Geriatride Çalışma İsteği	Evet	48	24,7
	Hayır	146	75,3
Yaşlılık Denince Akla Gelen İlk Kelime	Muhtaçlık	48	24,8
	Yalnızlık	3	1,5
	Hastalık	55	28,4
	Deneyim	20	10,3
	Sevimli Olmak	7	3,6
	Ölüm	7	3,6
	Ağrı	8	4,1
	Yavaş Olmak	4	2,1
	Unutkanlık	5	2,6
	Aile Büyüğü	10	5,2
	Huzur	3	1,5
	Emeklilik	2	1
	65 Yaş Üzeri	12	6,2
	Huysuzluk	5	2,6
	Zorluk	5	2,6
Yaşlılara Karşı Tutumu İyileştirebilmek İçin Gerekli En Önemli Davranış Biçimi	Empati Yapmak	92	47,4
	Değer Vermek	4	2,1
	Bakım Vermek	4	2,1
	Saygılı Olmak	31	16
	Sabırlı Olmak	22	11,3
	Anlayışlı Olmak	27	13,9
	Yardım Etmek	2	1
	İlgi Göstermek	2	1
	Eğitim Almak	4	2,1
	Etkin Dinlemek	3	1,5
	İletişim Kurmak	3	1,5
Toplam		194	100

4.2. KATILIMCILARIN JSPE, YATÖ'DEN ALDIKLARI PUANLARIN VE JSPE, YATÖ ALT BOYUTLARINDAN ALDIKLARI PUANLARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ

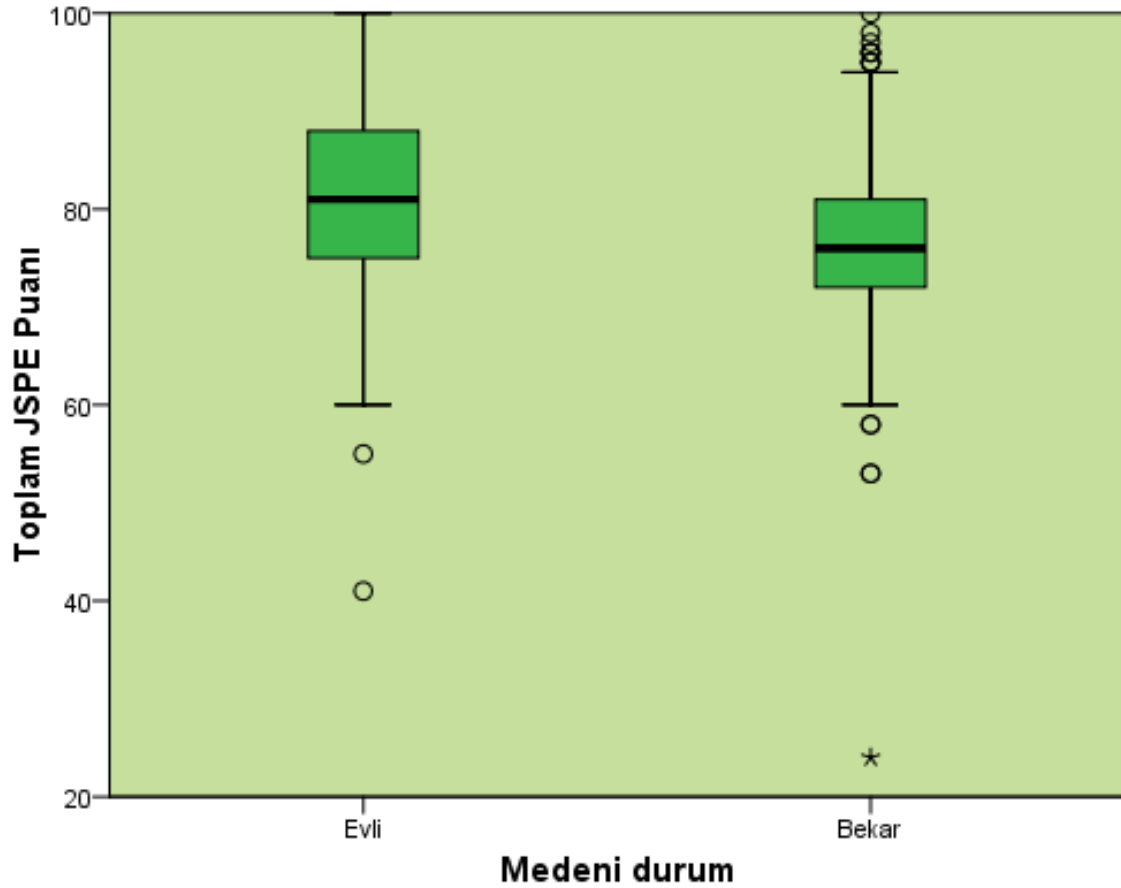
Katılımcıların JSPE ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde, ortancanın 77,0 (IQR: 73,0- 86,2) olduğu görüldü. Katılımcıların JSPE ve alt başlıklarından aldıkları puanlar ayrıntıları ile Çizelge 4.2.1’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.2.1. Katılımcıların JSPE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar					
	n	Ortanca	IQR	min	max
Yerine Koyma	194	40,0	37,0- 44,0	11	50
Duygusal Yaklaşım	194	39,0	36,0- 43,2	13	50
Toplam JSPE puanı	194	77,0	73,0- 86,2	24	100



Şekil 4.2.1. Katılımcıların Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Dağılım Eğrisi

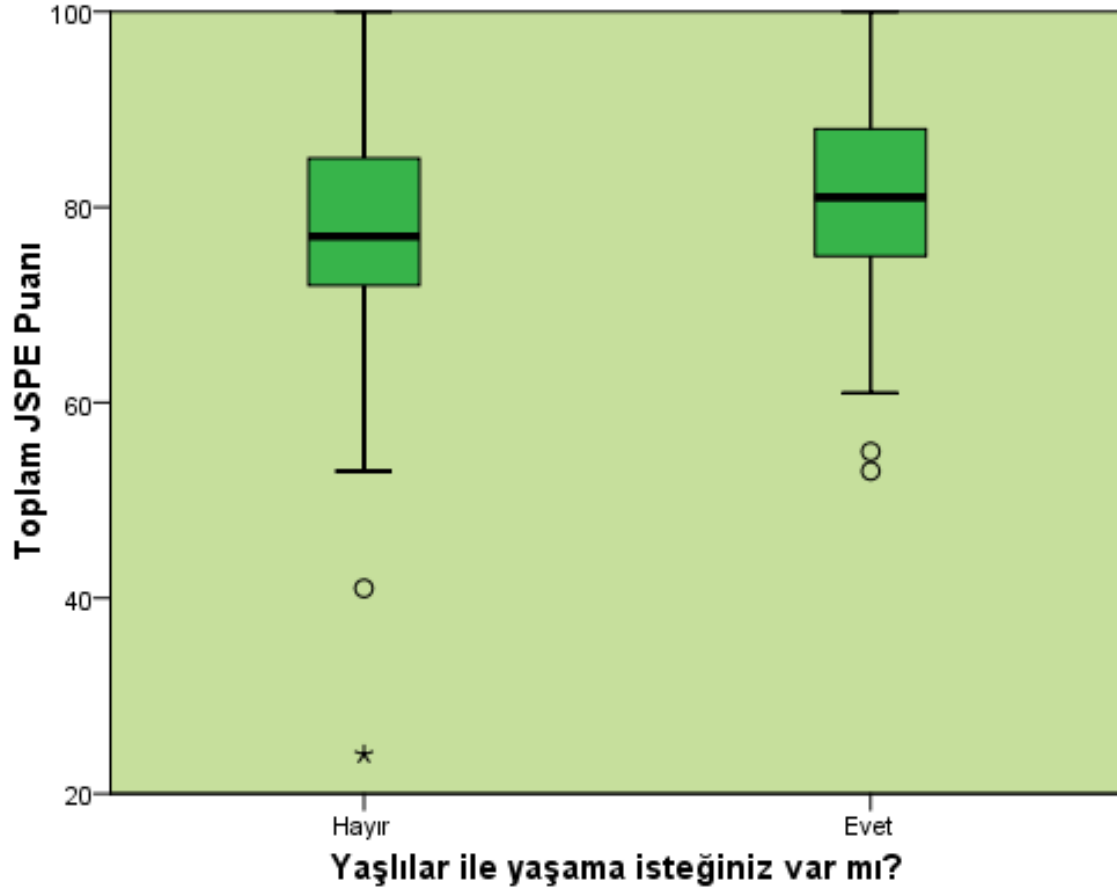
Katılımcıların medeni durumlarına göre aldıkları JSPE puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p:0,006$). Evli bireylerin, bekar bireylere göre toplam JSPE puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Katılımcıların medeni durumlarına göre toplam JSPE puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.2’de gösterilmiştir.



Şekil 4.2.2. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Toplam JSPE Puanlarının Karşılaştırılması

İlgi çeken sonuçlardan biri, yaşamlarının herhangi bir evresinde yaşayan bireyler ile yaşamayan bireylerin JSPE puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmasa da ($p:0,16$), yaşayan bireylerin puanları, yaşamayan bireylere göre yüksek olma eğilimindedir. Ayrıca ileride yaşlılar ile yaşama isteği olma durumuna göre JSPE puan ortancaları arasındaki

fark incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup yaşlılar ile yaşama isteği olanların puanları, yaşama isteği olmayanların puanlarına göre yüksek bulunmuştur (p:0,04). Katılımcıların yaşlılar ile yaşama isteği durumlarına göre toplam JSPE puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.3'te gösterilmiştir.



Şekil 4.2.3. Katılımcıların Yaşlılar ile Yaşama İsteği Durumlarına Göre Toplam JSPE Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve JSPE puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.2.2'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Çizelge 4.2.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Toplam JSPE Puanları Arasındaki İlişki

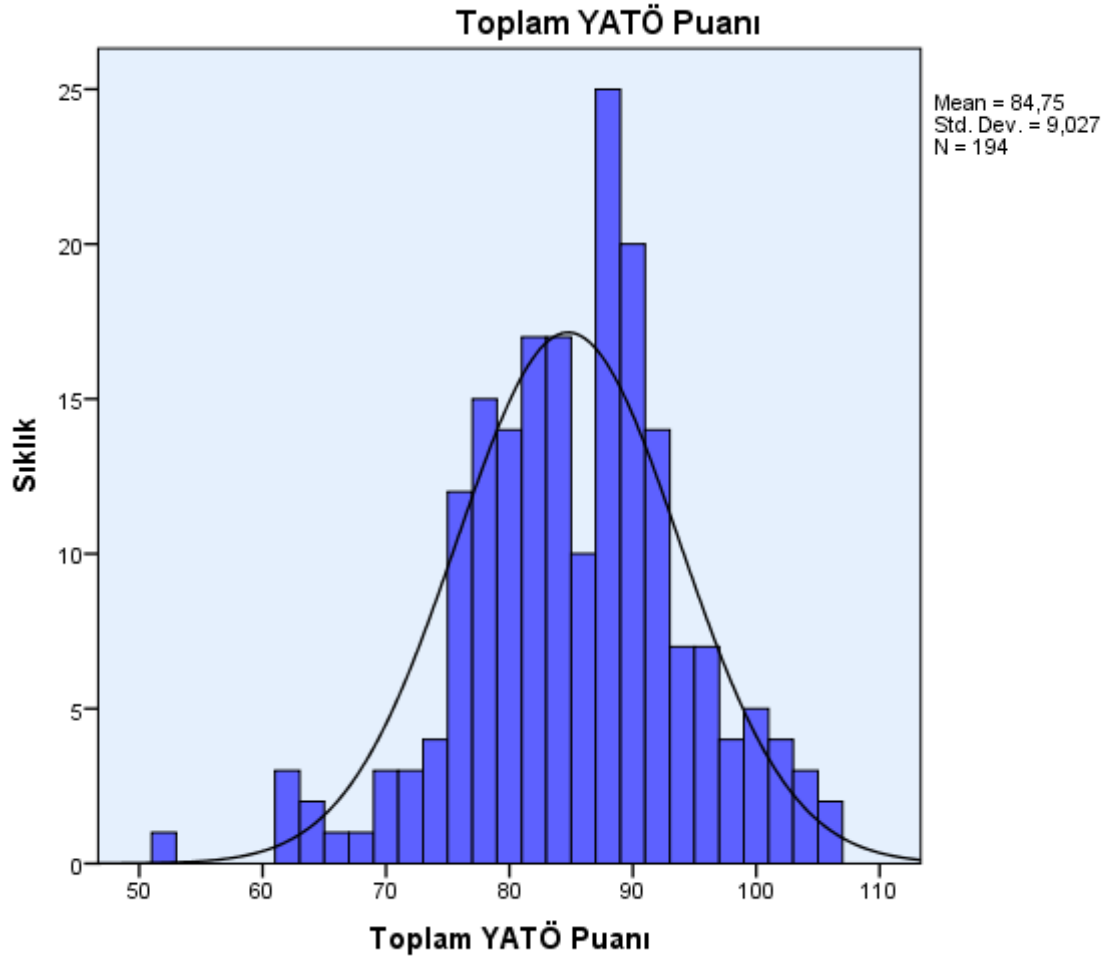
		Toplam JSPE Puanı			
Özellik	Parametre	n	Ortanca	IQR	p*
Cinsiyet	Kadın	119	78,0	74,0- 86,0	0,83
	Erkek	75	77,0	72,0- 88,0	
Yaş	30 yaş ve altı	126	77,0	72,0- 85,2	0,37
	31- 40	32	77,0	66,0- 88,7	
	41- 50	28	80,0	75,0- 85,0	
	51 yaş ve üzeri	8	82,5	75,5- 91,0	
Meslekteki Toplam Hekimlik Süresi	10 yıl ve altı	153	77,0	72,0- 86,0	0,16
	11- 20	21	80,0	74,0- 86,5	
	21- 30	16	83,0	77,0- 88,7	
	31 yıl ve üzeri	4	79,0	74,2- 92,0	
Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitim Yılı	1. yıl	53	77,0	72,0- 90,0	0,08
	2. yıl	70	76,0	72,0- 83,2	
	3. yıl	71	80,0	75,0- 88,0	
Medeni Durum	Evli	103	81,0	75,0- 88,0	0,006
	Bekar	91	76,0	72,0- 81,0	
En Uzun Süre İle Yaşanılan Yerleşim Yeri	İl	158	77,5	74,0- 87,0	0,27
	İlçe	36	76,5	72,0- 83,0	
Aile Tipi	Çekirdek	170	77,0	72,7- 86,2	0,83
	Geniş	11	78,0	74,0- 87,0	
	Diğer	13	75,0	72,5- 87,5	
Şimdiye Kadar 65 Yaş Üzeri Yaşlı İle Hiç Yaşadınız mı?	Evet	88	79,0	74,0- 87,0	0,16
	Hayır	106	76,5	72,0- 85,0	
Yaşlılar İle Yaşama İsteğiniz Var mı?	Evet	55	81,0	75,0- 88,0	0,04
	Hayır	139	77,0	72,0- 85,0	

*p değeri hesaplanmasında, Mann- Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır, n:sayı, Min:minimum, Max: maximum, SS: standart sapma

Katılımcıların YATÖ ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde ortanca puanın 85,0 (IQR: 79,0- 90,0) olduğu görüldü. Katılımcıların YATÖ ve alt başlıklarından aldıkları puanlar Çizelge 4.2.3'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

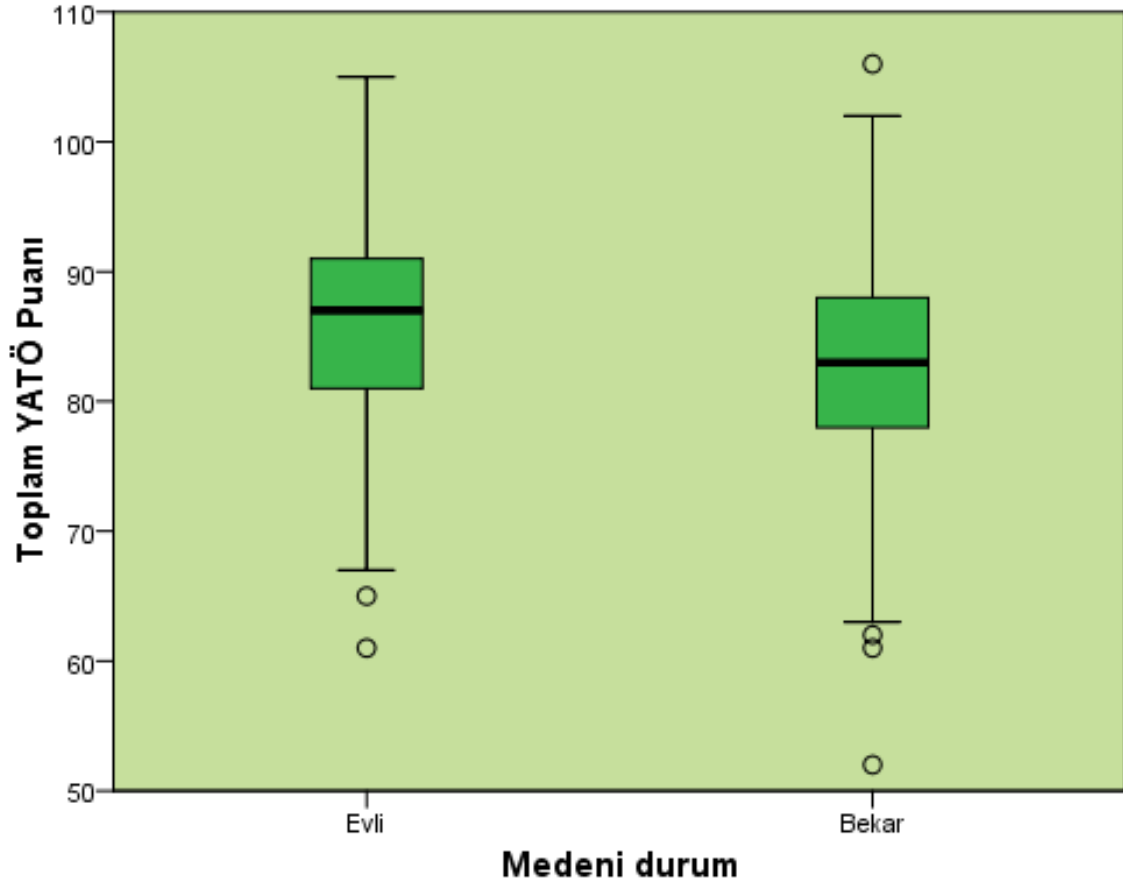
Çizelge 4.2.3. Katılımcıların YATÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

	n	Ortanc a	IQR	min	max
Yaşının Yaşamını Sınırlama	194	37,0	34,0- 40,0	11	45
Yaşıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık	194	29,0	26,7- 32,0	15	39
Yaşıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık	194	19,0	17,0- 21,0	10	29
Toplam YATÖ Puanı	194	85,0	79,0- 90,0	52	106



Şekil 4.2.4. Katılımcıların Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Dağılım Eğrisi

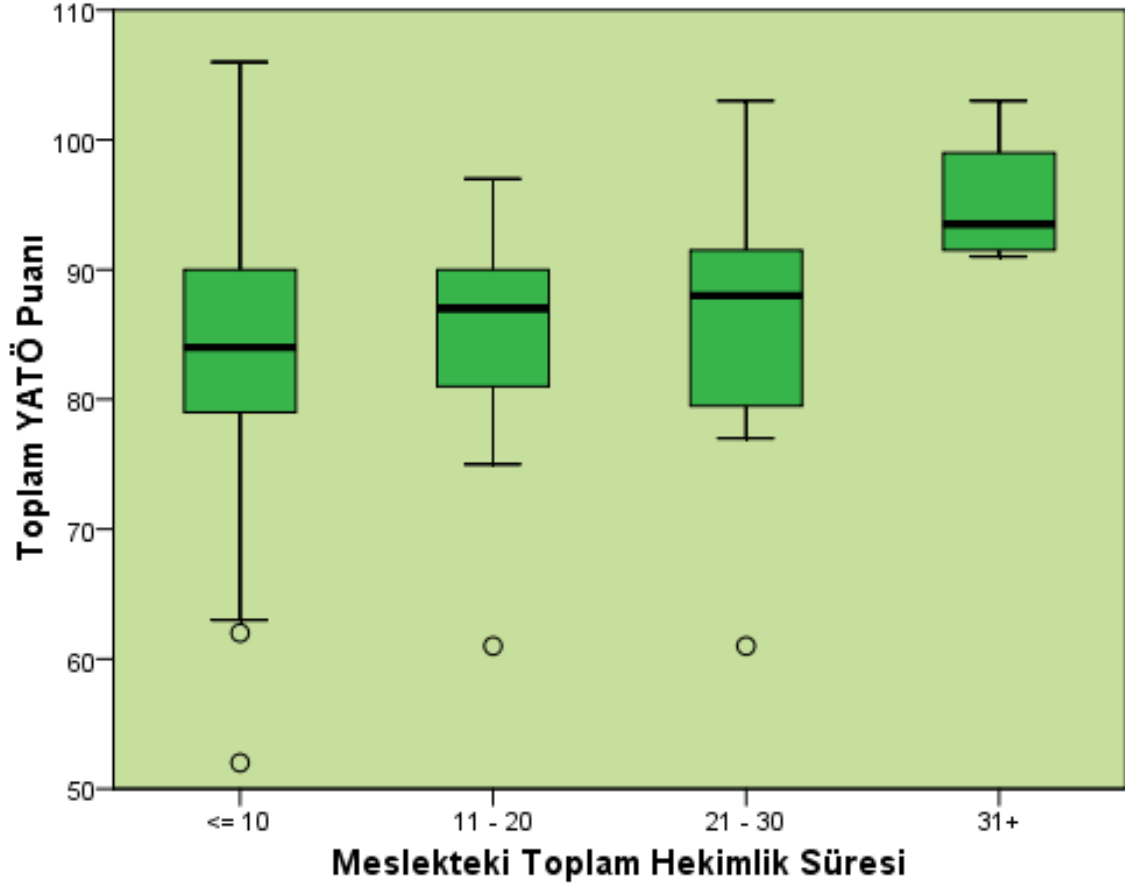
Katılımcıların medeni durumlarına göre aldıkları YATÖ puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p:0,01$). Evli bireylerin, bekar bireylere göre toplam YATÖ puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Katılımcıların medeni durumlarına göre toplam YATÖ puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.5'te gösterilmiştir.



Şekil 4.2.5. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Toplam YATÖ Puanlarının Karşılaştırılması

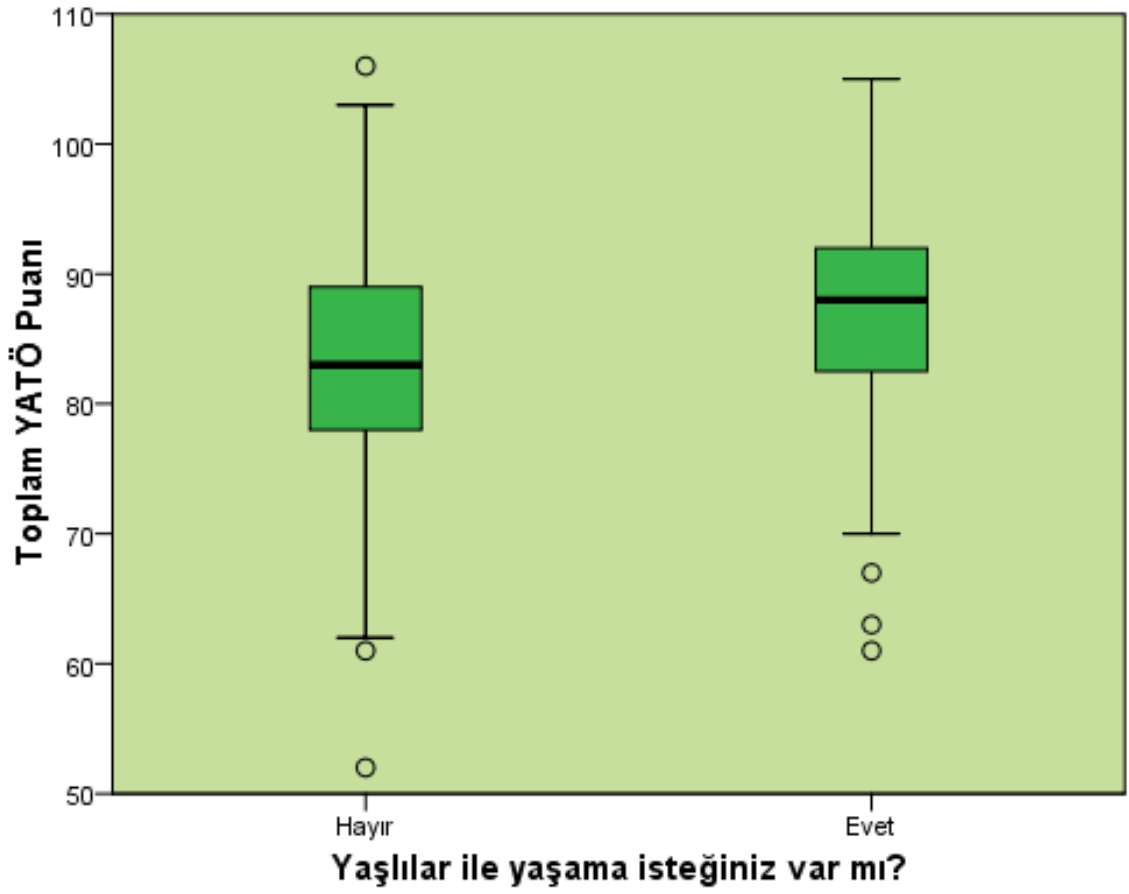
Meslekteki toplam hekimlik sürelerine göre aldıkları YATÖ puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p:0,03$). Meslekteki hekimlik süreleri arttıkça YATÖ puanlarının arttığı tespit edildi. Özellikle 30 yıl üzeri çalışan katılımcıların, 10 yıl altı ve 11- 20 yıl arası çalışan katılımcılara göre puanları anlamlı yüksek saptandı.

Katılımcıların meslekteki toplam hekimlik sürelerine göre toplam YATÖ puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.6’da gösterilmiştir.



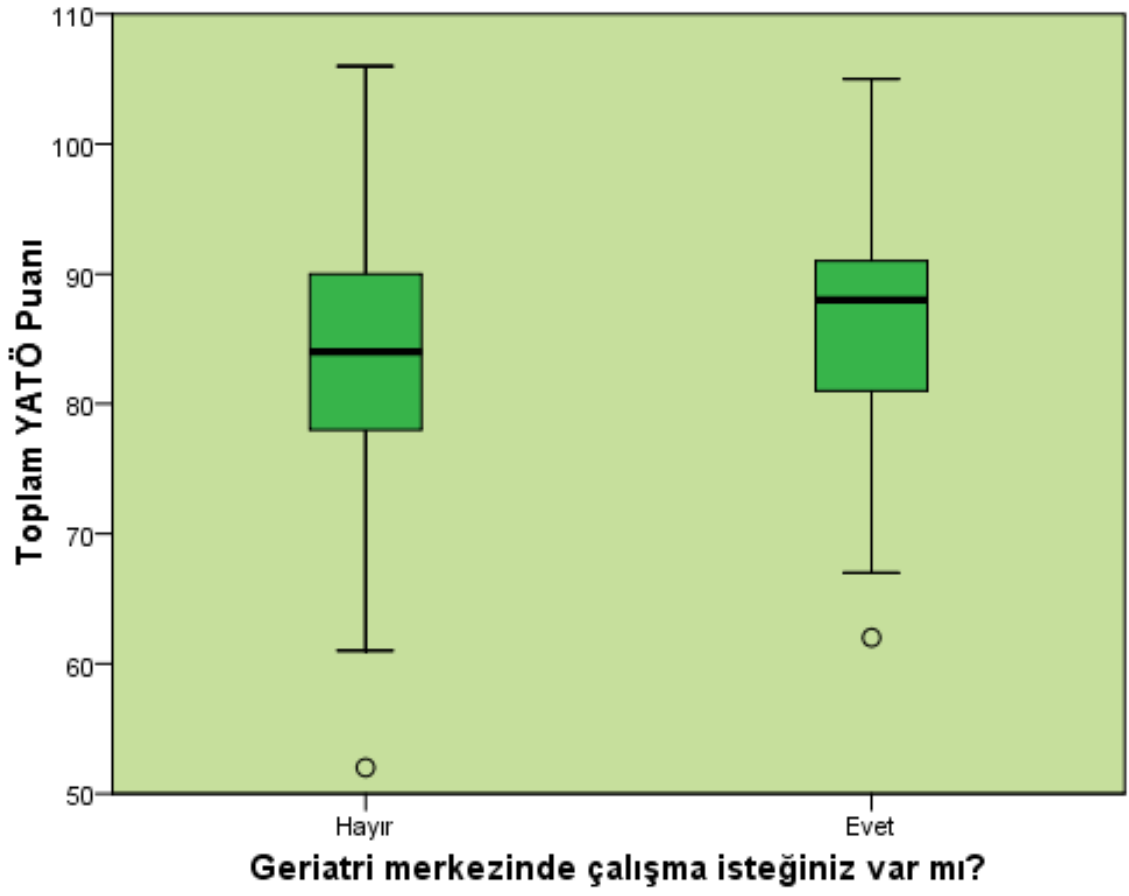
Şekil 4.2.6. Katılımcıların Meslekteki Hekimlik Sürelerine Göre Toplam YATÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Yaşlılar ile yaşama isteği olanların, yaşlılar ile yaşama isteği olmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları ve aralarındaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p:0,003$). Katılımcıların yaşlılar ile yaşama isteği durumlarına göre toplam YATÖ puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.7’de gösterilmiştir.



Şekil 4.2.7. Katılımcıların Yaşlılar ile Yaşama İsteklerine Göre Toplam YATÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Geriatri merkezinde çalışma isteği olanların, çalışma isteği olmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları ve aralarındaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p:0,04$). Katılımcıların geriatri merkezinde çalışma isteği durumlarına göre toplam YATÖ puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.8’de gösterilmiştir.



Şekil 4.2.8. Katılımcıların Geriatri Merkezinde Çalışma İsteklerine Göre Toplam YATÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve YATÖ puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.2.4'te ayrıntılı bir şekilde özetlenmiştir.

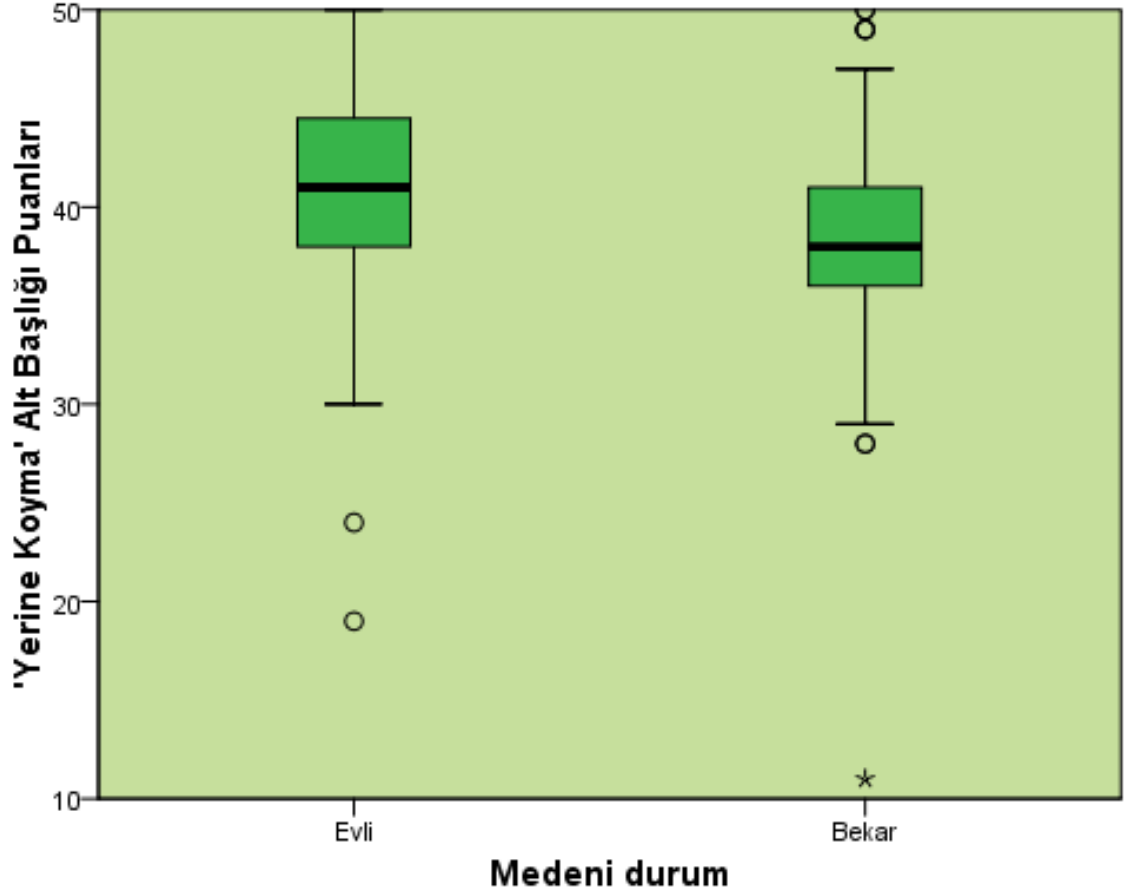
Çizelge 4.2.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Toplam YATÖ Puanları Arasındaki İlişki

		Toplam YATÖ Puanı			
Özellik	Parametre	n	Ortanca	IQR	p*
Cinsiyet	Kadın	119	86,0	79,0- 91,0	0,51
	Erkek	75	85,0	80,0- 90,0	
Yaş	30 yaş ve altı	126	84,0	78,7- 90,0	0,1
	31- 40	32	84,0	79,0- 90,0	
	41- 50	28	87,0	81,0- 89,7	
	51 yaş ve üzeri	8	92,0	85,7- 101,0	
Meslekteki Toplam Hekimlik Süresi	10 yıl ve altı	153	84,0	78,5- 90,0	0,03
	11- 20	21	87,0	81,0- 90,0	
	21- 30	16	88,0	78,7- 91,7	
	31 yıl ve üzeri	4	93,5	91,2- 101,0	
Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitim Yılı	1. yıl	53	86,0	80,0- 90,5	0,08
	2. yıl	70	83,0	79,0- 88,0	
	3. yıl	71	88,0	78,0- 92,0	
Medeni Durum	Evli	103	87,0	81,0- 91,0	0,01
	Bekar	91	83,0	78,0- 88,0	
En Uzun Süre İle Yaşanılan Yerleşim Yeri	İl	158	84,5	78,0- 90,0	0,11
	İlçe	36	87,0	82,0- 91,0	
Aile Tipi	Çekirdek	170	86,0	80,0- 91,0	0,16
	Geniş	11	85,0	80,0- 89,0	
	Diğer	13	79,0	74,0- 87,0	
Şimdiye Kadar 65 Yaş Üzeri Yaşlı İle Hiç Yaşadınız mı?	Evet	88	86,5	80,0- 91,0	0,55
	Hayır	106	85,0	78,0- 90,0	
Yaşlılar İle Yaşama İsteğiniz Var mı?	Evet	55	88,0	82,0- 92,0	0,003
	Hayır	139	83,0	78,0- 89,0	
Geriatrida Çalışma İsteğiniz Var mı?	Evet	48	88,0	81,0- 91,0	0,04
	Hayır	146	84,0	78,0- 90,0	
65 Yaş Üzeri Yaşlı İle Yaşama Süresi	Hiç yaşamamış	106	85,0	78,0- 90,0	0,44
	1- 5	55	85,0	80,0- 91,0	
	6- 10	13	89,0	84,5- 93,0	
	11- 15	6	81,0	73,0- 87,0	
	16- 20	6	86,0	79,7- 88,5	
	21 yıl ve üzeri	8	87,5	77,2- 93,5	

*p değeri hesaplanmasında, Mann- Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır, n:sayı

Katılımcıların "yerine koyma" JSPE ölçeğinin alt başlığından aldıkları puanlar ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; medeni durumlarına göre "yerine koyma" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($p:0,001$). Evli olan bireylerin, bekar olan bireylere göre "yerine koyma" alt başlığından daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Katılımcıların medeni durumlarına göre "yerine koyma" alt başlığı puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.9'da gösterilmiştir.



Şekil 4.2.9. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yerine Koyma Alt Başlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre JSPE ölçeği alt başlıklarından aldıkları puan ortancaları ve istatistiksel veriler Çizelge 4.2.5'te özetlenmiştir.

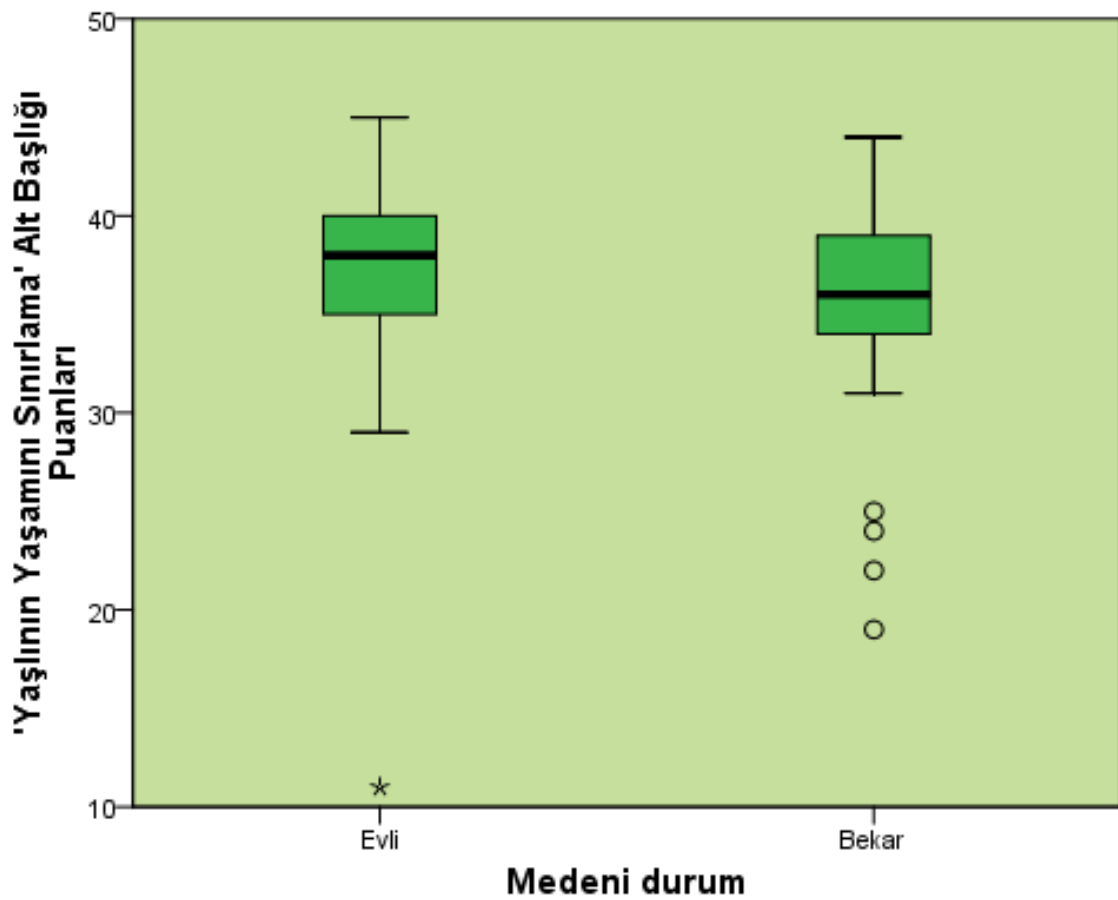
Çizelge 4.2.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve JSPE Alt Başlıklarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

			Yerine Koyma		Duygusal Yaklaşım			
Özellik	Parametre	n	Ortanca	IQR	p^*	Ortanca	IQR	p^*
Cinsiyet	Kadın	119	40,0	37,0- 44,0	0,68	39,0	36,0- 44,0	0,64
	Erkek	75	40,0	36,0- 45,0		38,0	35,0- 43,0	
Yaş	30 yaş ve altı	126	39,0	37,0- 43,0	0,49	38,0	36,0- 43,0	0,61
	31- 40	32	39,5	35,0- 46,0		38,0	32,2- 45,0	
	41- 50	28	40,5	38,0- 43,7		39,5	37,0- 42,7	
	51 yaş ve üzeri	8	42,5	36,5- 47,0		40,5	36,7- 44,0	
Meslekteki Toplam Hekimlik Süresi	10 yıl ve altı	153	39,0	37,0- 43,0	0,12	38,0	35,0- 43,0	0,53
	11- 20	21	40,0	36,0- 45,5		39,0	37,0- 42,0	
	21- 30	16	41,5	40,2- 45,0		42,0	37,0- 44,7	
	31 yıl ve üzeri	4	41,0	36,5- 46,2		39,0	36,7- 45,7	
Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitim Yılı	1. yıl	53	39,0	37,0- 45,0	0,15	39,0	35,0- 45,0	0,19
	2. yıl	70	39,0	36,0- 42,0		38,0	35,0- 42,0	
	3. yıl	71	40,0	38,0- 46,0		40,0	37,0- 44,0	
Medeni Durum	Evli	103	41,0	38,0- 45,0	0,001	40,0	36,0- 44,0	0,08
	Bekar	91	38,0	36,0- 41,0		38,0	35,0- 42,0	

En Uzun Süre İle Yaşanılan Yerleşim Yeri	İl	158	40,0	37,0- 44,2	0,06	39,0	36,0- 44,0	0,41
	İlçe	36	38,0	36,0- 41,7		38,0	35,0- 42,7	
Aile Tipi	Çekirdek	170	39,5	37,0- 44,0	0,82	38,5	36,0- 44,0	0,88
	Geniş	11	40,0	38,0- 44,0		40,0	37,0- 43,0	
	Diğer	13	40,0	38,0- 43,5		37,0	35,5- 44,0	

**p değeri hesaplanmasında, Mann- Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır, n:sayı*

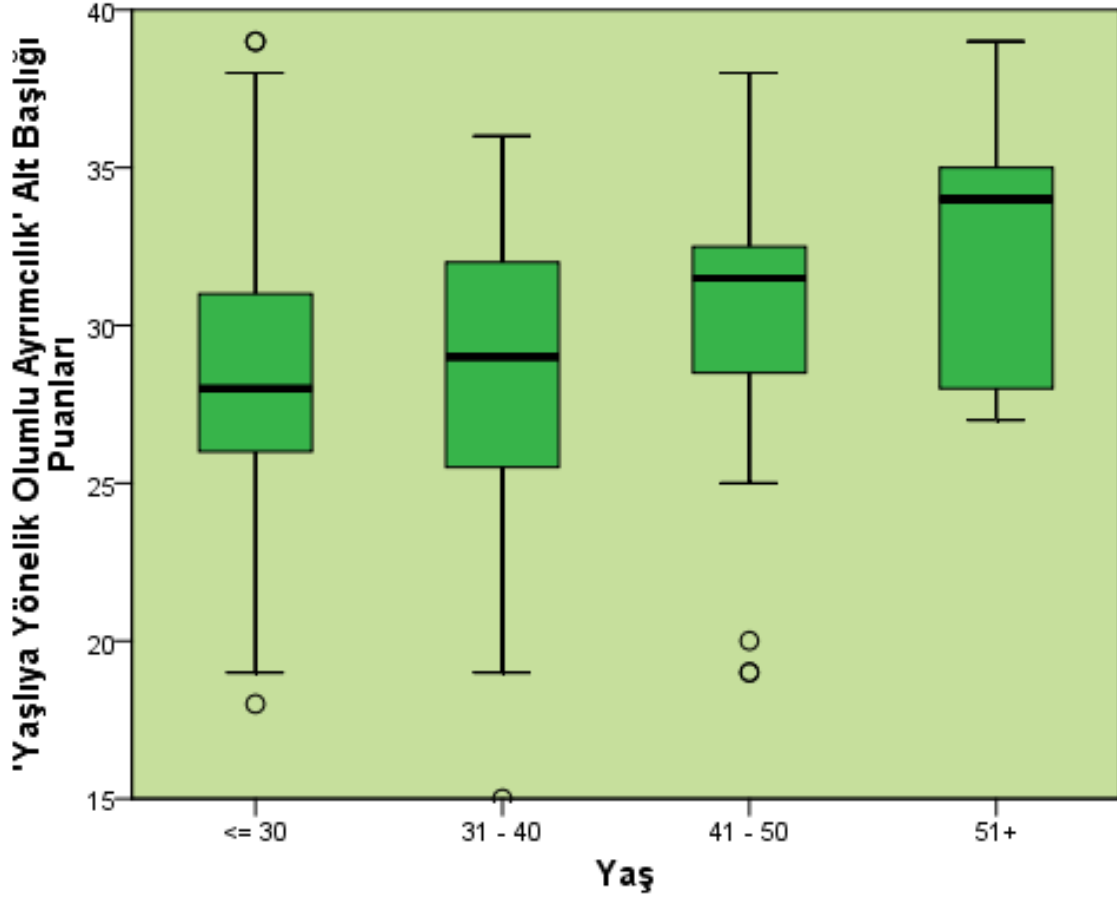
Katılımcıların "yaşlının yaşamını sınırlama" YATÖ ölçeğinin alt başlığından aldıkları puanlar ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; medeni durumlarına göre "yaşlının yaşamını sınırlama" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,03$). Evli olan bireylerin, bekar olan bireylere göre "yaşlının yaşamını sınırlama" alt başlığından daha yüksek puan aldıkları ve tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Katılımcıların medeni durumlarına göre "yaşlının yaşamını sınırlama" alt başlığı puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.10'da gösterilmiştir.



Şekil 4.2.10. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yaşlının Yaşamını Sınırlama Alt Başlığı Puanlarının Karşılaştırılması

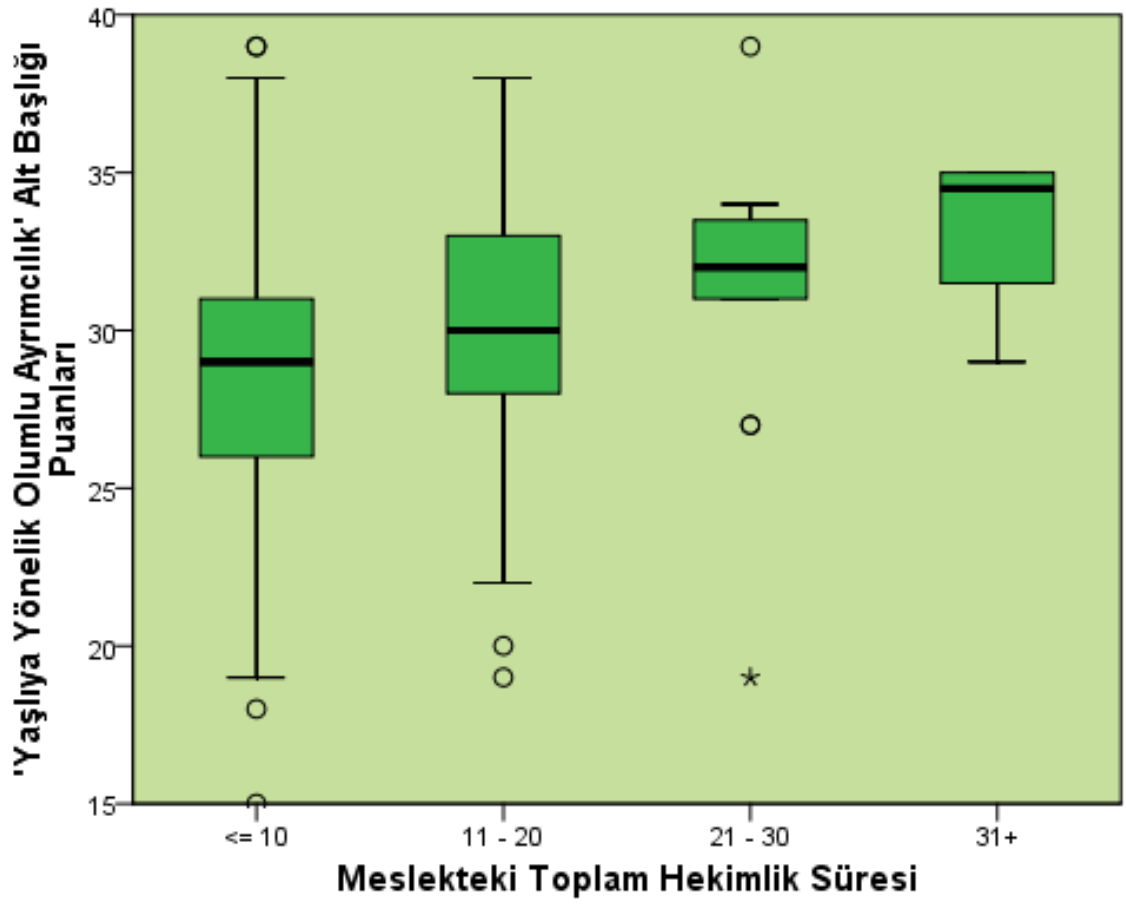
Katılımcıların "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığından aldıkları puanlar ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş gruplarına göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,01$). Yaş arttıkça yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılığa ilişkin daha

fazla olumlu tutuma sahip olunduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş gruplarına göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığı puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.11'de gösterilmiştir.



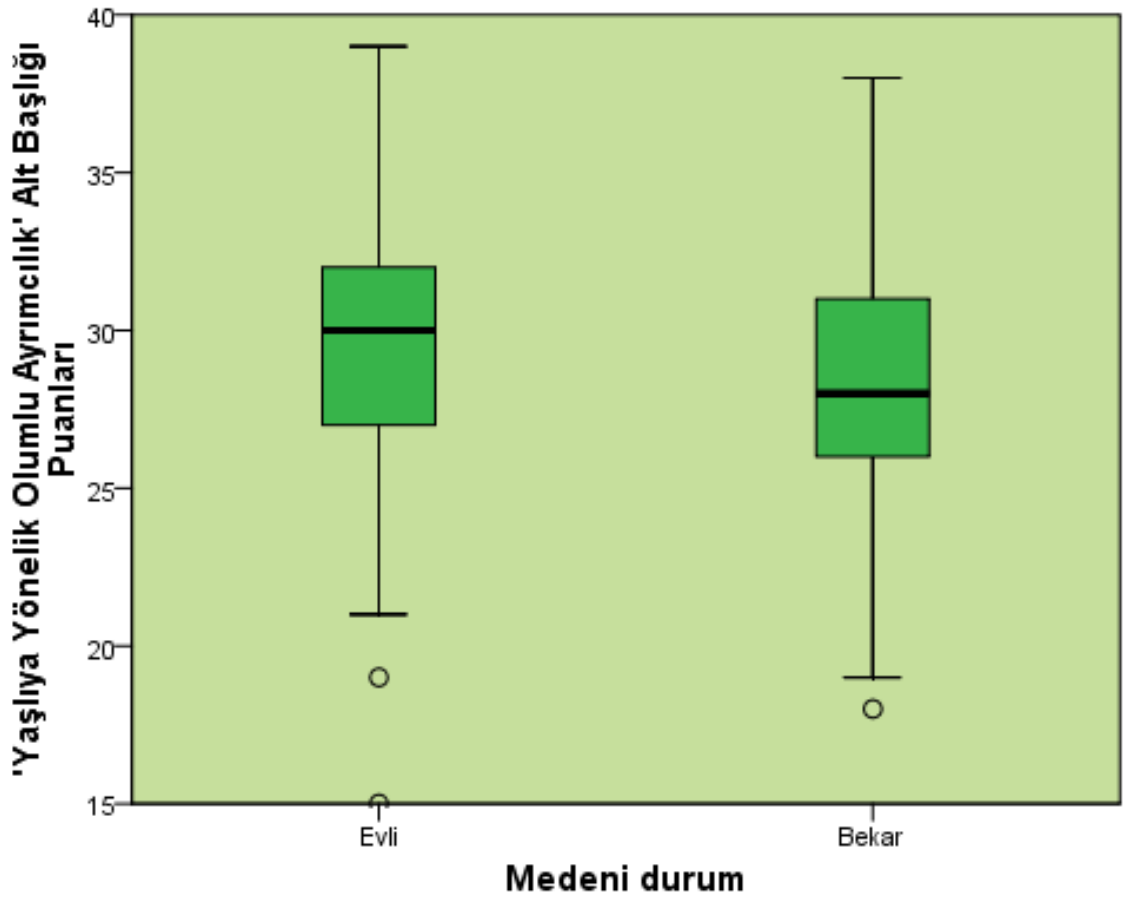
Şekil 4.2.11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Meslekteki toplam hekimlik süresine göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,002$). Meslekteki toplam hekimlik süresi arttıkça yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılığa ilişkin olumlu tutumun arttığı görülmüştür. Katılımcıların meslekteki toplam hekimlik süresine göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığı puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.12'de gösterilmiştir.



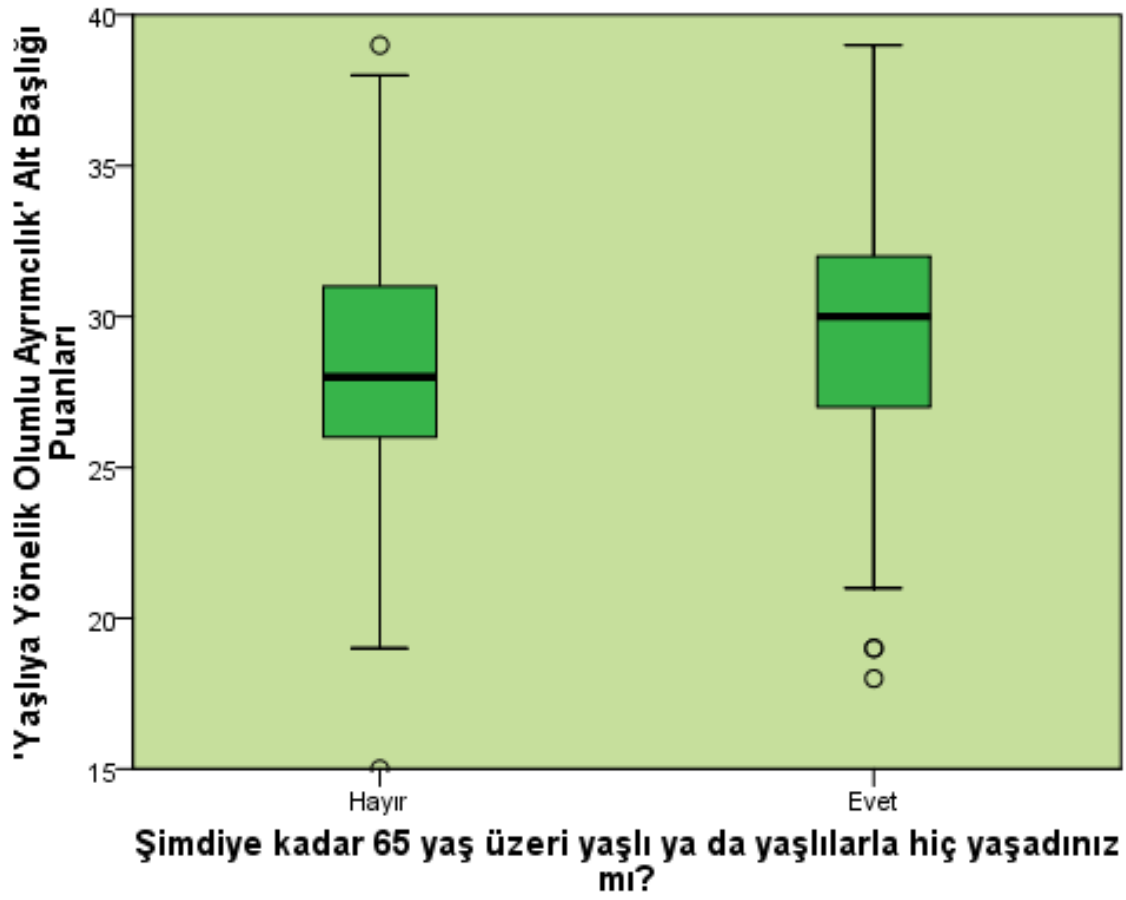
Şekil 4.2.12. Katılımcıların Meslekteki Toplam Hekimlik Sürelerine Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların medeni duruma göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,02$). Evli olan bireylerin, bekar olan bireylere göre yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılığa ilişkin daha fazla olumlu tutuma sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların medeni duruma göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığı puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.13'te gösterilmiştir.



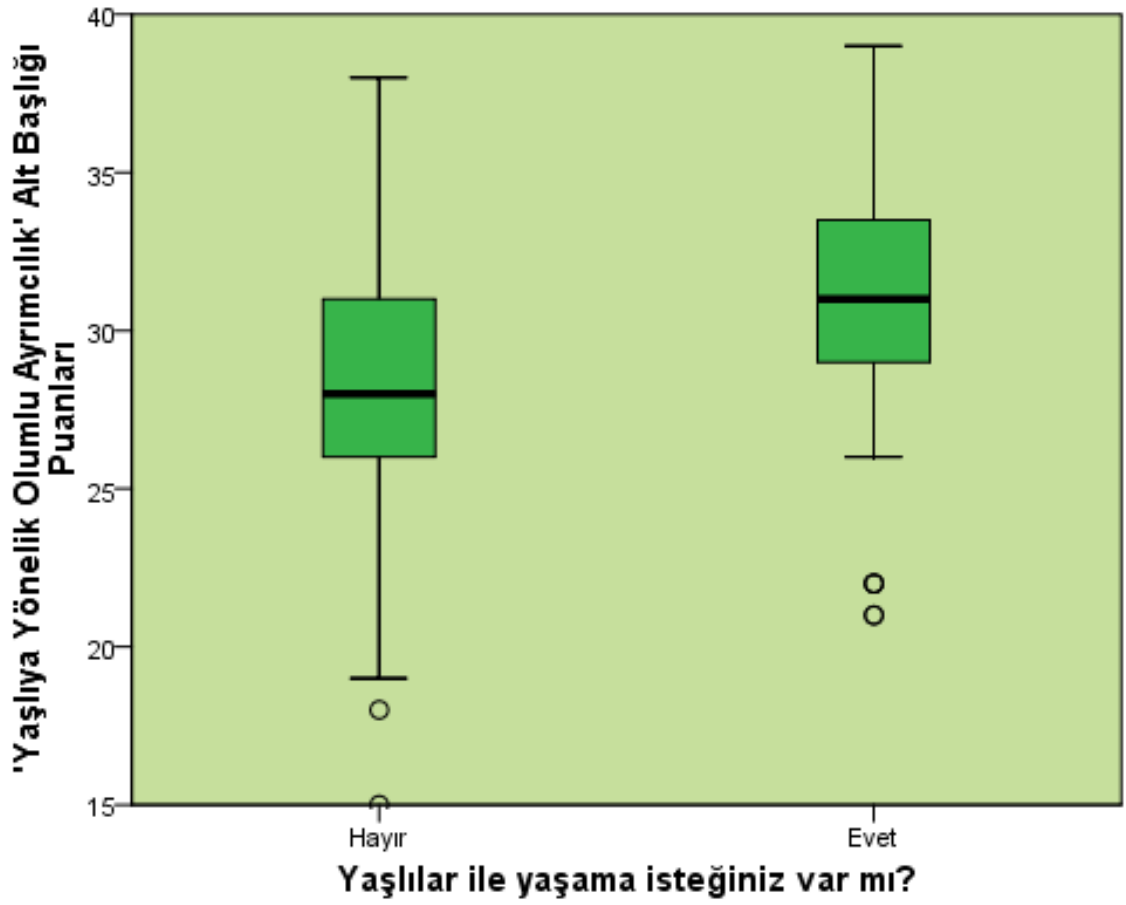
Şekil 4.2.13. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Yaşamın herhangi bir döneminde yaşlılar ile yaşama durumuna göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$). Yaşamın herhangi bir döneminde yaşlılar ile yaşayan bireylerin, yaşlılar ile yaşamayanlara göre yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılığa ilişkin daha fazla olumlu tutuma sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaşamın herhangi bir döneminde yaşlılar ile yaşama durumuna göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığı puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.14'te gösterilmiştir.



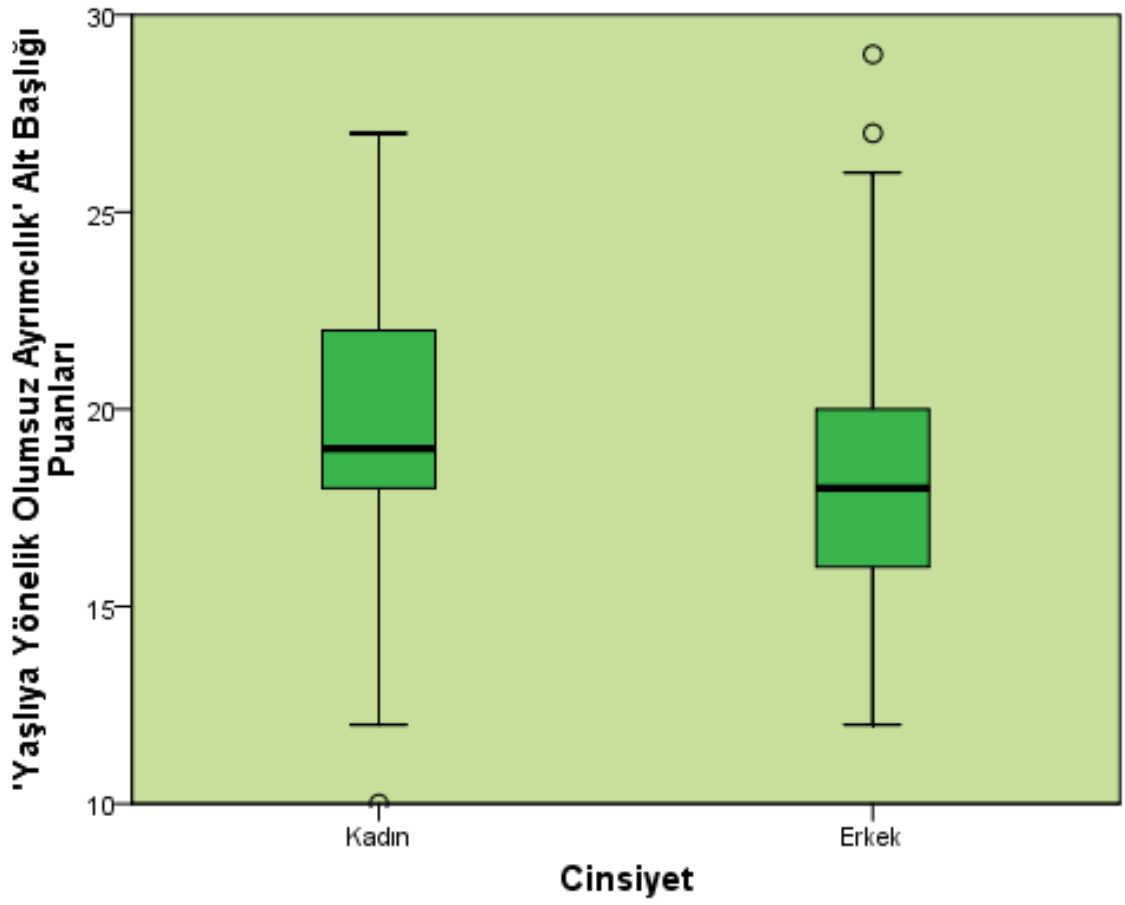
Şekil 4.2.14. Katılımcıların 65 Yaş Üzeri ile Yaşama Durumuna Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların yaşlılar ile yaşama isteği durumuna göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Yaşlılar ile yaşama isteği olan bireylerin, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılığa ilişkin daha fazla olumlu tutuma sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaşlılar ile yaşama isteği durumuna göre "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt başlığı puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.15'te gösterilmiştir.



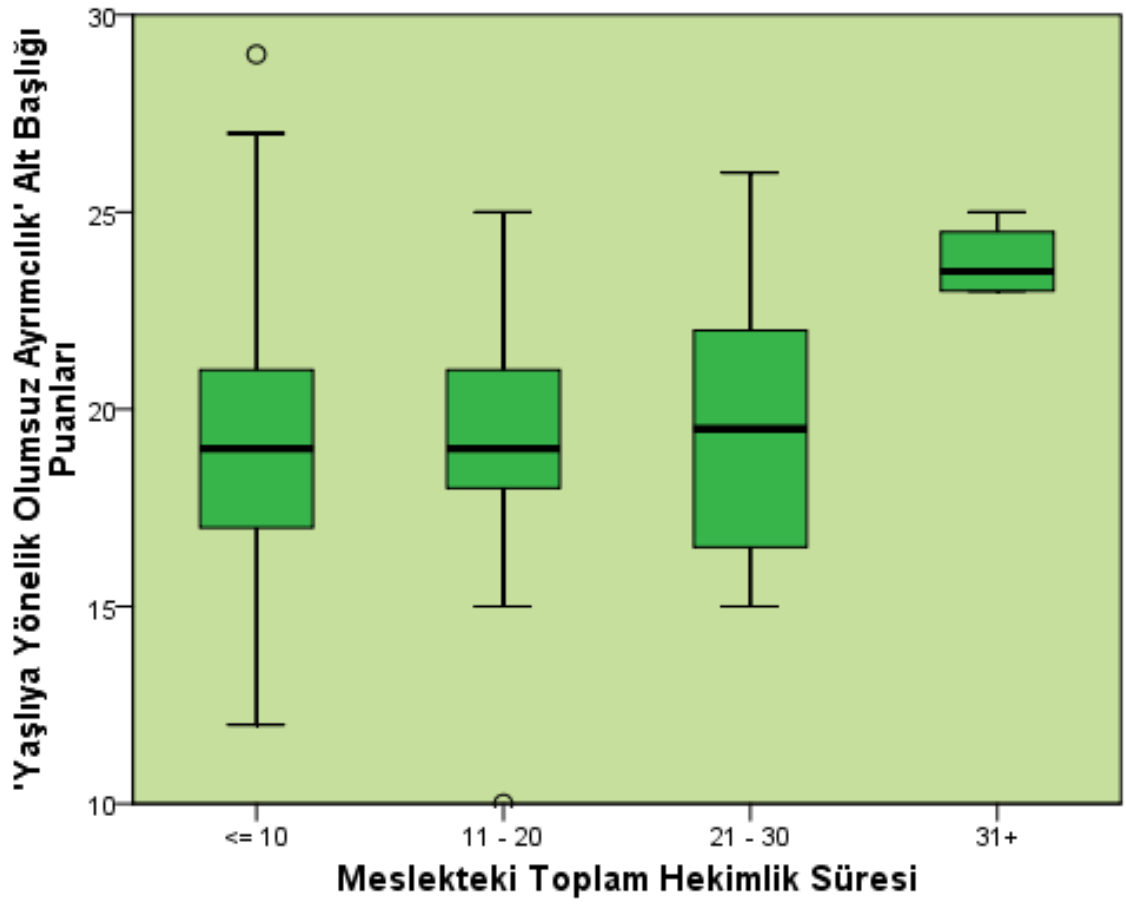
Şekil 4.2.15. Katılımcıların Yaşlılar ile Yaşama İsteği Durumuna Göre Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt başlığından aldıkları puanlar ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; cinsiyete göre "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,01$). Kadınların erkeklere göre yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılığa ilişkin daha fazla olumlu tutuma sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların cinsiyete göre "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt başlığı puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.16'da gösterilmiştir.



Şekil 4.2.16. Katılımcıların Cinsiyete Göre Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Meslekteki toplam hekimlik süresine göre "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,002$). Meslekteki toplam hekimlik süresi arttıkça yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılığa ilişkin olumlu tutumun arttığı görülmüştür. Özellikle meslekte otuz yılı aşkın çalışan aile hekimlerinin diğer meslek yılı gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek yaşlılara karşı olumsuz ayrımcılığa ilişkin olumlu tutuma sahip olmaları göze çarpmaktadır. Katılımcıların meslekteki toplam hekimlik süresine göre "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt başlığı puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.2.17’de gösterilmiştir.



Şekil 4.2.17. Katılımcıların Meslekteki Toplam Hekimlik Sürelerine Göre Yaşıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre YATÖ alt başlıklarından aldıkları puan ortancaları ve istatistiksel veriler Çizelge 4.2.6’da özetlenmiştir.

Çizelge 4.2.6. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve YATÖ Alt Başlıklarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

			Yaşının Yaşamını Sınırlama			Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık			Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık		
Özellik	Parametre	n	Ortanca	IQR	p*	Ortanca	IQR	p*	Ortanca	IQR	p*
Cinsiyet	Kadın	119	37,0	35,0- 40,0	0,22	29,0	26,0- 31,0	0,1	19,0	18,0- 22,0	0,04
	Erkek	75	36,0	34,0- 39,0		30,0	27,0- 33,0		18,0	16,0- 20,0	
Yaş	30 yaş ve altı	126	37,0	34,0- 40,0	0,62	28,0	26,0- 31,0	0,01	19,0	16,7- 21,0	0,15
	31- 40	32	37,5	33,0- 40,0		29,0	25,2- 32,0		19,0	17,2- 21,0	
	41- 50	28	36,0	35,0- 38,0		31,5	28,2- 32,7		20,0	17,2- 21,0	
	51 yaş ve üzeri	8	39,0	35,2- 40,7		34,0	27,5- 35,0		23,0	18,2- 24,0	
Meslekteki Toplam Hekimlik Süresi	10 yıl ve altı	153	37,0	34,0- 40,0	0,84	29,0	26,0- 31,0	0,002	19,0	17,0- 21,0	0,02
	11- 20	21	37,0	34,5- 38,5		30,0	26,5- 33,0		19,0	18,0- 21,0	
	21- 30	16	37,5	35,0- 40,0		32,0	31,0- 33,7		19,5	16,2- 22,5	
	31 yıl ve üzeri	4	37,5	35,2- 42,0		34,5	30,2- 35,0		23,5	23,0- 24,7	
Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitim Yılı	1. yıl	53	36,0	35,0- 39,0	0,23	29,0	27,0- 31,0	0,18	19,0	17,0- 21,5	0,43
	2. yıl	70	36,5	34,0- 39,0		28,0	25,7- 32,0		19,0	16,7- 20,2	
	3. yıl	71	38,0	35,0- 41,0		30,0	27,0- 33,0		19,0	17,0- 23,0	
Medeni Durum	Evli	103	38,0	35,0- 40,0	0,03	30,0	27,0- 32,0	0,02	19,0	17,0- 22,0	0,20
	Bekar	91	36,0	34,0- 39,0		28,0	26,0- 31,0		18,0	17,0- 21,0	
En Uzun Süre İle Yaşanılan Yerleşim Yeri	İl	158	36,0	34,0- 40,0	0,11	29,0	26,7- 32,0	0,73	19,0	16,7- 21,0	0,28
	İlçe	36	37,0	36,0- 40,0		29,0	26,2- 32,0		19,0	18,0- 22,0	
Aile Tipi	Çekirdek	170	37,0	34,0- 40,0	0,23	29,0	27,0- 32,0	0,41	19,0	17,0- 21,0	0,40
	Geniş	11	39,0	35,0- 40,0		30,0	25,0- 32,0		18,0	16,0- 23,0	
	Diğer	13	36,0	34,0- 37,5		26,0	23,0- 33,5		18,0	16,0- 20,5	
Şimdiye Kadar 65 Yaş Üzeri Yaşlı İle Hiç Yaşadınız mı?	Evet	88	37,0	34,0- 39,7	0,67	30,0	27,0- 32,0	0,04	19,0	17,0- 20,7	0,59
	Hayır	106	36,5	35,0- 40,0		28,0	26,0- 31,0		19,0	17,0- 22,0	
Yaşlılar İle Yaşama İsteğiniz Var mı?	Evet	55	37,0	35,0- 40,0	0,20	31,0	29,0- 34,0	<0,001	19,0	16,0- 22,0	0,45
	Hayır	139	36,0	34,0- 39,0		28,0	26,0- 31,0		19,0	17,0- 21,0	

Geriatride Merkezinde Çalışma İsteğiniz Var mı?	Evet	48	37,5	35,0- 40,0	0,12	30,0	27,2- 32,7	0,13	19,0	17,0- 23,0	0,27
	Hayır	146	36,5	34,0- 39,2		29,0	26,0- 32,0		19,0	17,0- 21,0	
65 Yaş Üzeri Yaşlı İle Yaşama Süresi	Hiç yaşamamış	106	36,5	35,0- 40,0	0,49	28,0	26,0- 31,0	0,06	19,0	17,0- 22,0	0,40
	1- 5	55	37,0	34,0- 40,0		29,0	26,0- 32,0		19,0	17,0- 21,0	
	6- 10	13	37,0	35,0- 40,5		31,0	28,5- 34,0		19,0	17,0- 20,5	
	11- 15	6	33,5	32,0- 36,5		29,0	18,7- 31,2		19,0	15,2- 24,0	
	16- 20	6	38,0	35,0- 38,7		32,0	27,2- 34,5		16,0	14,7- 18,5	
	21 yıl ve üzeri	8	36,0	35,0- 38,5		32,0	25,5- 34,5		20,0	16,5- 23,7	

*p değeri hesaplanmasında, Mann- Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır, n:sayı
Çizelge 4.2.4.'ün devamıdır.

4.3. KATILIMCILARIN YAŞAMLARININ HERHANGİ BİR DÖNEMİNDE YAŞLI İLE YAŞAMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Yaşamlarının herhangi bir döneminde yaşlılar ile yaşama durumu ile geriatri merkezinde çalışma isteği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p:0.15$). Ancak yaşamlarının herhangi bir döneminde yaşlılar ile yaşama durumu ile yaşlılar ile yaşama isteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşlılar ile yaşayanların, yaşlılar ile yaşamayanlara göre yaşlılar ile yaşama istek varlığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yaşamlarının herhangi bir döneminde yaşlılar ile yaşama durumu ile yaşlılar ile yaşama isteği arasındaki ilişkiyi gösteren veriler Çizelge 4.3.1’de özetlenmiştir.

Çizelge 4.3.1. Katılımcıların Yaşamlarının Herhangi Bir Döneminde Yaşlılar İle Yaşama Durumu ve Yaşlılar İle Yaşama İsteği Arasındaki İlişki

			Yaşlılar İle Yaşama İsteğiniz Var mı?		Toplam	<i>p</i>
			Evet	Hayır		
Şimdiye Kadar 65 Yaş Üzeri Yaşlı İle Yaşadınız mı?	Evet	Hesaplanan	33	55	88	0,01
		Beklenen	24,9	63,1	88	
	Hayır	Hesaplanan	22	84	106	
		Beklenen	30,1	75,9	106	
Toplam		Hesaplanan	55	139	194	
		Beklenen	55	139	194	

**p değeri, Pearson ki-kare bağımsızlık testi ile hesaplanmıştır.*

4.4. KATILIMCILARIN YAŞLILARLA YAŞAMA VE GERİATRİ MERKEZİNDE ÇALIŞMA İSTEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Katılımcıların yaşlılar ile yaşama istekleri ve geriatri merkezinde çalışma istekleri arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p:<0,001$). Yaşlılar ile yaşama isteği olan hekimlerin geriatri merkezinde çalışma isteği, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. Değişkenler arasındaki ilişki Çizelge 4.4.1’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Çizelge 4.4.1. Katılımcıların Yaşlılar ile Yaşama İsteği ve Geriatri Merkezinde Çalışma İsteği Arasındaki İlişki

		Geriatri Merkezinde Çalışma İsteğiniz Var mı?		Toplam	p
			Evet	Hayır	
Yaşlılar ile Yaşama İsteğiniz Var mı?	Evet	Hesaplanan	25	30	<0,001
		Beklenen	13,6	41,4	
	Hayır	Hesaplanan	23	116	
		Beklenen	34,4	104,6	
Toplam		Hesaplanan	48	146	194
		Beklenen	48	146	

*p değeri, Pearson ki-kare bağımsızlık testi ile hesaplanmıştır.

4.5. KATILIMCILARIN YAŞLILIK VE YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN SORULARA VERDİKLERİ CEVAPLARA GÖRE YATÖ, JSPE PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

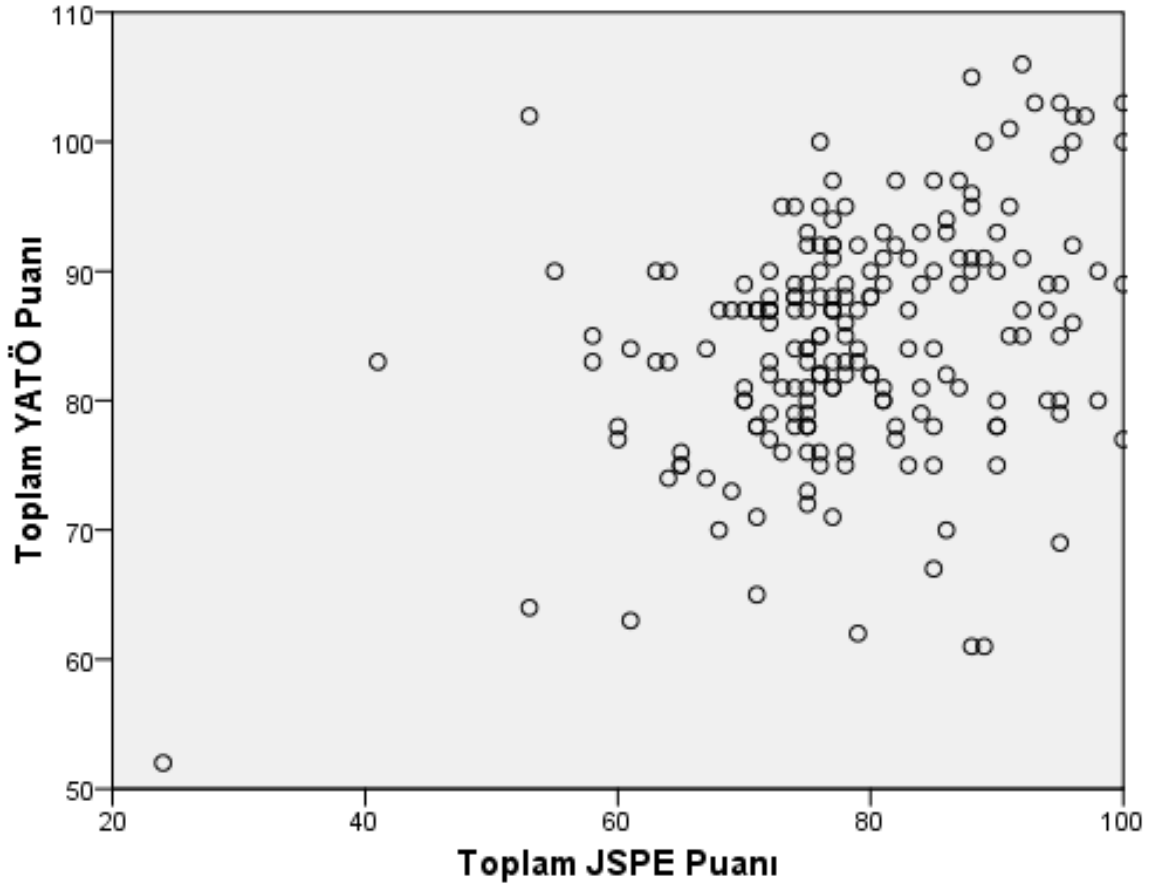
Katılımcıların "yaşlılık denince aklınıza gelen ilk kelime nedir?" sorusuna verdikleri yanıtlara göre YATÖ puan ortancaları ve YATÖ alt başlıklarından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşılamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların "yaşlılara karşı tutumun iyileştirilebilmesi için en önemli davranış biçimi sizce nedir?" sorusuna verdikleri yanıtlara göre JSPE puan ortancaları ve JSPE alt başlıklarından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark incelendiğinde sadece "yerine koyma" alt başlığından aldıkları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,006$). Tamhane's post-hoc analizi sonucuna göre; soruya "empati yapmak" cevabını verenlerin "yerine koyma" alt başlığından aldıkları puan, "sabırlı olmak" cevabını verenlerin "yerine koyma" alt başlığından aldıkları puana göre yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p:0,04$). Soruya "değer vermek" cevabını verenlerin "yerine koyma" alt başlığından aldıkları puan, "sabırlı olmak" cevabını verenlerin "yerine koyma" alt başlığından aldıkları puana göre yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p:0,01$). Aynı soruya verilen cevaplara göre YATÖ puanları incelendiğinde; soruya "empati yapmak" cevabını verenlerin aldıkları puan, "sabırlı olmak" cevabını verenlerin aldıkları puana göre yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p:0,03$).

4.6. KATILIMCILARIN JSPE PUANLARI VE YATÖ PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nden ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlar Spearman's rho Korelasyon Analizi ile değerlendirildi ve aralarındaki ilişki 0,01 düzeyinde anlamlı ve pozitif korele kabul edildi ($p < 0,001$).

JSPE puanları ve YATÖ puanları arasındaki korelasyon Şekil 4.6.1'de incelenmiştir.



Şekil 4.6.1. Katılımcıların JSPE Puanları ile YATÖ Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

4.7. KATILIMCILARIN JSPE ALT BAŞLIKLARINDAN ALDIKLARI PUANLAR VE YATÖ ALT BAŞLIKLARINDAN ALDIKLARI PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların Jefferson Hekim Empati Ölçeği alt başlıklarından ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği alt başlıklarından aldıkları puanlar Spearman's rho Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. "Yerine koyma" alt başlığından alınan puanlar ile "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" ve "yaşlının yaşamını sınırlama" alt başlıklarından alınan puanlar arasında 0,01 düzeyinde anlamlı ve pozitif korele ilişki saptanmıştır. "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt başlığından alınan puanlar ile arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır.

"Duygusal yaklaşım" alt başlığından alınan puanlar ile "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" ve "yaşlının yaşamını sınırlama" alt başlıklarından alınan puanlar arasında 0,01 düzeyinde anlamlı ve pozitif korele ilişki saptanmıştır. "Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt başlığından alınan puanlar ile arasında 0,05 düzeyinde anlamlı ve pozitif korele ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak, aile hekimlerinin empati düzeyleri arttıkça yaşlı ayrımcılığına karşı tutumları olumlu düzeyde artacağı ifade edilebilmektedir. Bu sayede, H_1 hipotezinin doğruluğu kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin empati düzeylerini ve yaşlı ayrımcılığı tutumlarını incelediğimiz bu çalışmada meslekte hekimlik süresi arttıkça yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumun daha olumlu olduğunu, evli olan bireylerin bekar olanlara göre daha yüksek empati düzeyine ve daha olumlu yaşlı ayrımcılığı tutumuna sahip olduğunu saptadık. Meslekte hekimlik süresi arttıkça yaşlıya yönelik olumlu ve olumsuz ayrımcılıkta olumlu tutumun arttığını, kadınların erkeklere göre yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılıkta daha olumlu tutuma sahip olduğunu tespit ettik. Ayrıca empati düzeyi arttıkça yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutumun artacağını saptadık.

Özdin ve İğde'nin 2015 yılında aile hekimliği ve psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencileri ile yaptıkları çalışmanın sonuçlarında; çalışmaya katılan aile hekimlerinin ortalama toplam JSPE puanları $78,79 \pm 11,45$ saptanmıştır. "Yerine koyma" alt başlığından alınan ortalama puan $39,81 \pm 6,87$, "duygusal yaklaşım" alt başlığından alınan ortalama puan $38,96 \pm 6,53$ olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin JSPE ve alt başlıkları puan ortancalarına ilişkin benzer sonuçlar saptanmıştır (64).

Özdin ve İğde'nin çalışmasına katılan hekimlerin yaş gruplarına ve meslekteki hekimlik süresine göre ortalama JSPE skorları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Meslekteki hekimlik süresine göre "yerine koyma" alt başlığından aldıkları puan ortalamaları ve "duygusal yaklaşım" alt başlığından aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmamızda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Özdin ve İğde'nin çalışmasında medeni duruma göre "yerine koyma", "duygusal yaklaşım" alt başlıklarından aldıkları puanlar ve ortalama toplam JSPE skorları arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır. Çalışmamızda ise medeni duruma göre "yerine koyma" alt başlığından aldıkları puan ortalaması ve ortalama toplam JSPE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bunun sebebi, Özdin ve İğde'nin çalışmasının evreninde aile hekimliği uzman ve uzmanlık öğrencilerinin bulunması ile psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencilerinin bulunması olabilir. Özdin ve İğde'nin çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak cinsiyete göre "yerine koyma", "duygusal yaklaşım" alt başlıklarından aldıkları puan ortalamaları ve ortalama toplam JSPE skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (64).

Teke ve arkadaşlarının 2010 yılında 480 hekim ile yaptıkları çalışmada katılımcıların ortalama toplam JSPE puanı $79,37 \pm 3,96$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda da benzer sonuç

elde edilmiştir. Teke ve arkadaşlarının çalışmasında cinsiyete göre empati düzeyleri arasında farklılık istatistiksel olarak kadınların lehine olacak şekilde anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda ise anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni, Teke ve arkadaşlarının katılımcılarının dahili ve cerrahi branşlardan köken alması, cerrahi ve dahili branşlardaki cinsiyet dağılım durumu (çalışmalarının %73,4'ünü erkekler oluşturmaktadır) ve cerrahi branşta görev alan hekimlerin empati düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yaş grubuna göre ortalama toplam JSPE puanları arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmıştır. Çalışmamızda ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni, Teke ve arkadaşlarının çalışmasındaki yaş gruplarına göre katılımcıların sayısının, çalışmamızdakine göre farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Teke ve arkadaşlarının çalışmasında, 30- 39 yaş grubu ve 40-49 yaş grubu çalışmanın çoğunluğunu oluştururken; bizim çalışmamızda çalışmanın büyük çoğunluğunu 30 yaş altı grubu oluşturmaktadır. Ayrıca Teke ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışma sürelerine göre empati düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmamızda ise meslekteki toplam hekimlik süresine göre ortalama toplam JSPE puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni, Teke ve ark. çalışmasındaki çalışma sürelerine göre katılımcı sayısı dağılımının, çalışmamıza göre farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir (62).

Okuyaz ve arkadaşları, 2019 yılında, 55 çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimine JSPE ölçeği uygulayarak katılımcıların empati düzeylerini ölçmüştür. Okuyaz'ın çalışmasında, çalışmamızdakine benzer sonuç olarak uzmanlık eğitim yılına göre toplam ortalama JSPE puanları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (65).

Hojat ve arkadaşlarının 535 poliklinik hastası ile yaptıkları çalışmanın sonucuna göre, hastaların birinci basamak hekimlerine karşı besledikleri hekim empatisi algı düzeyleri, memnuniyet düzeylerine olumlu etki yapmaktadır (66). Bu durum, hastaların, kendilerini anlayan ve sorunlarına hastalarının gözüyle bakabilen hekimler ile daha iyi, daha güvenilir, daha etkin iletişim kurabildiklerini düşünmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Hastaların, empati düzeyi yüksek olan hekimlerinden daha fazla memnun kalmaları, tıp eğitiminde ve uzmanlık eğitiminde empati eğitiminin önemini göstermektedir.

Literatürde, empatinin eğitim ile geliştirilebileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur.

Karaca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelik bölümüne yeni başlayan 55 öğrenciye empati eğitimi verilmesi planlanmıştır. Empati eğitimi öncesinde ve sonrasında

öğrencilere Empatik Eğilim Ölçeği ve Empatik Beceri Ölçeği uygulanmıştır. Öğrencilerin Empatik Beceri Ölçeği her alt probleminde, eğitim öncesine göre eğitim sonrası ortalama değerlerinin arttığı tespit edilmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (67).

Wünderich ve arkadaşları 158 tıp öğrencisi üzerinde randomize kontrollü çalışma yapmıştır. Çalışmada öğrenciler iki gruba ayrılmış; çalışma grubu öğrencileri, simülasyon hastalar ile empatik beceri eğitimine tabi tutulmuşlardır. Eğitim sonunda uygulanan Jefferson Hekim Empati Ölçeği- Öğrenci Versiyonu sonuçlarına göre eğitim alan öğrencilerin empati düzeyleri diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (68).

Gholamzadeh ve arkadaşları hemşirelik öğrencilerine empati ve yaşlılara karşı tutumun değerlendirilmesine ilişkin randomize kontrollü çalışma yapmıştır. Hemşirelik öğrencileri iki gruba ayrılmış, çalışma grubu öğrencileri empatik beceri eğitimine tabi tutulmuştur. Eğitim öncesinde ve sonunda her iki gruba Kogan'ın Yaşlılara Karşı Tutum Ölçeği ve Jefferson Empati Ölçeği- Sağlık Çalışanları Versiyonu uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda eğitim alan öğrencilerin Kogan'ın Yaşlılara Karşı Tutum Ölçeği ve Jefferson Hekim Empati Ölçeği puanlarındaki değişimin, diğer gruptaki değişime göre çok daha yüksek ve olumlu olduğu tespit edilmiştir (15). Bu durum, gelişen empatik becerinin, yaşlıların gözünden hayata bakabilme becerisini artırıyor olmasından ve empati göstererek yaşlıları daha iyi anlayabiliyor olmaktan kaynaklanıyor olabilir.

Chen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelik öğrencileri The Geriatric Medication Game® ile geriyatrik hasta simülasyonuna tabi tutulmuşlardır. Simülasyon öncesinde ve sonrasında öğrencilere Kiersma-Chen Empati Ölçeği, Jefferson Empati Ölçeği- Sağlık Çalışanları Versiyonu ve Yaşlanma Simülasyonu Deneyim Anketi (Aging Simulation Experience Survey) uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda, simülasyon sonrası öğrencilerin empati düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Simülasyon sonrasında yaşlanmanın getirdiği değişikliklerin, günlük aktiviteleri zorlaştırma boyutunu öğrencilerin daha iyi anladığını ve öğrencilerin yaşlılara karşı daha fazla saygı kazandığını tespit etmişlerdir (16). Chen ve ark.'nın yaptıkları bu çalışma, empati eğitiminin, yaşlı yaşantısındaki değişikliklerin farkındalığını artırmada önemini göstermektedir.

Greene'nin yaptığı çalışmada, sağlık hizmeti sunan bireylerin, gençlere olan tutumlarına göre yaşlılara karşı daha sabırsız, daha az saygılı, daha az iyimser ve daha az ilgili olduğunu göstermiştir (69).

McLafferty ve Morrison'un yaptığı çalışmada, yaşlılara karşı olumsuz tutuma sahip hemşirelerin, yaşlı hastaların tedaviyi daha çok bırakmalarına ve rehabilitasyondan daha az fayda görmelerine neden olduğu saptanmıştır (70). Bu çalışma, yaşlılara verilen hizmette yaşlı ayrımcılığının önlenmesinin önemini vurgulamaktadır.

Şahin ve Parıldar'ın 2017 yılında yaptıkları 67 aile hekimliği uzmanlık öğrencisinin katıldığı çalışmada, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ortalama toplam YATÖ puanı $85,08 \pm 8,49$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların YATÖ puan ortancası 85,0 (IQR: 79,0- 90,0) olarak saptanmıştır. Şahin ve Parıldar'ın yaptığı çalışmada YATÖ alt başlık puanları incelendiğinde; "yaşlının yaşamını sınırlama" ortalama puanı $37,71 \pm 4,03$, "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" ortalama puanı $29,13 \pm 4,57$, "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" ortalama puanı $18,23 \pm 2,68$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Her iki çalışmanın ortalama toplam YATÖ puanı ve YATÖ alt başlıkları ortalama puanları birbirine yakın olmakla birlikte, çalışmamız sadece "yaşlının yaşamını sınırlama" alt başlığında daha yüksek puan alınmıştır. Şahin ve Parıldar'ın yaptığı çalışmada; uzmanlık eğitim yıllarına, yaş gruplarına, cinsiyete göre ortalama toplam YATÖ puanları, çalışmamıza benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Medeni duruma göre ortalama toplam YATÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Şahin ve Parıldar'ın yaptığı çalışmada, çalışmamızın sonucundan farklı olarak, yaşlı bireylerle yaşama durumuna göre ortalama toplam YATÖ puanları arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmıştır. Yaşlı bireyler ile yaşayanların puanları yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmasa da yaşlı ile yaşayan bireylerin ortalama toplam YATÖ puanları, yaşamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Şahin ve Parıldar'ın çalışmasında ve çalışmamızda da ileride yaşlı bireyler ile yaşama isteği olan katılımcıların, YATÖ puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Ek olarak, Şahin ve Parıldar'ın çalışmasındaki katılımcıların tıp eğitimi döneminde ve uzmanlık döneminde yaşlılık ile ilgili eğitim alma yüzdelerinin az olması dikkat çekicidir (47).

Vefikuluçay ve arkadaşlarının 2008 yılında 300 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada; YATÖ puan ortancası 85,0 olarak saptanmıştır. Sosyal bilimler bölümlerinde okuyan öğrencilerin YATÖ puanlarının, fen bilimleri bölümlerinde okuyan öğrencilerinkine göre çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, sosyal bilimler bölümünün insan ile ilişkilerinde daha etkin role sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir. Aile yapısı, yaşlılar ile

yaşama durumu ve en uzun süre ile yaşanan yerleşim birimine göre YATÖ puanları arasındaki fark, bizim çalışmamızla benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ebeveynleri ile yaşamak isteyenlerin YATÖ puanları, yaşamak istemeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda da yaşlılar ile yaşama isteği olanların puanları benzer şekilde daha yüksek saptanmıştır (13).

Ögenler ve arkadaşlarının 2011 yılında 170 hekim ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların ortalama toplam YATÖ puanları 86.57 ± 8.33 olarak saptanmıştır ve sonuçlarımız ile uyumludur. Çalışmalarında cinsiyete, medeni duruma, doğum yerleşim birimine, aile tipine, yaşlılar ile birlikte yaşama durumuna göre ortalama toplam YATÖ puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmanın ilgi çeken sonuçlarından biri, ilerideki yaşamlarında çocukları ile birlikte yaşamayı düşünen hekimlerin yaşlılara karşı olumlu ayrımcılığa ilişkin daha olumlu tutuma sahip olmalarıdır (71).

Kıssal ve arkadaşlarının 2018 yılında sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada aile hekimlerinin ortalama toplam YATÖ puanları $83,41 \pm 9,40$ olarak bulunmuştur. Aile sağlığı merkezi çalışanlarının cinsiyete, ekonomik durumlarına, görev ve mesleki deneyim süresine göre ortalama toplam YATÖ puanları ve YATÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Daha önce yaşlılara bakım veren sağlık personelinin, bakım sorumluluğu olmayan sağlık personeline göre ortalama toplam YATÖ puanları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (72). Bu durum, yaşlılara bakım vermenin, yaşlıların sağlık anlamında, sosyal ve toplumsal anlamda ihtiyaçlarının farkındalığını artırıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ünalan ve arkadaşlarının 2012 yılında geriatri merkezinde çalışan sağlık personeli ile yaptıkları çalışmaya göre katılımcıların ortalama toplam YATÖ puanları 68.40 ± 9.10 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucunun diğer çalışmalardaki YATÖ puan ortalamalarına göre düşük olması dikkat çekicidir. Bu durumun sebebi, katılımcıların meslek olarak yaşlı bireylere bakım ve sağlık hizmeti vermelerinin, sürekli olarak yaşlı bireyler ile ilgileniyor olmaları olabilir. Süreklilik arz eden bu durum, yaşlı ayrımcılığı oluşmasına mikro düzeyde etki eden 'Korku Yönetimi Teorisi' ile açıklanabilecek bir neden ile yaşlı ayrımcılığı tutumunda gerilemeye neden olmuş olabilir. Ancak çalışmanın bir diğer sonucu ise daha önce yaşlı ile yaşama durumu olan katılımcıların, yaşamayanlara göre daha olumlu yaşlılara karşı olumlu ayrımcılığı tutumuna sahip olmalarıdır. Çalışmanın bir diğer sonucu ise çalışanların %79,6'sı geriatri merkezinde çalışmaktan memnundur (73).

Naldan ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcılara ‘yaşlı dendiğinde akla gelen ilk kelime’nin ne olduğu sorulmuştur. Çalışmaya katılan sağlık personelinin yaşlı denildiği zaman aklına gelen ilk kelimeler; güçsüzlük ve hastalık’tır. Bizim çalışmamızda da katılımcıların en sık ilk sırada gelen ‘hastalık’ kelimesi olmuştur. Naldan ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama toplam YATÖ puanı 83.04 ± 10.43 bulunmuştur (74). Akla gelen ‘hastalık, güçsüzlük, muhtaçlık’ gibi ifadelerle rağmen yaşlı ayrımcılığına karşı olumlu tutumun olmasının sebebi; geleneklerimizde, kültürümüzde yaşlıya sosyal ve toplumsal bağlamda saygı duyulmasından kaynaklanıyor olabilir.

Aile hekimlerinin empati düzeyini veya yaşlı ayrımcılığı tutumlarını inceleyen az sayıda çalışma olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Çalışmamızda, diğer yapılan çalışmalarda da olduğu gibi aile hekimlerinin empati düzeyi yüksek çıkmış olup yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları olumlu saptanmıştır. Bunun nedeni; aile hekimlerinin görev tanımının, doğumdan ölüme kadar, yaş, cinsiyet, ırk ayırt etmeden her bireye hizmet vermeyi kapsamı ve aile hekimlerinin her bireye kapsamlı bir şekilde biyopsikososyal bağlamda yaklaşma özelliğinin olması olabilir.

Çalışmamızda medeni durumun ortalama toplam YATÖ puanlarında ve empati düzeylerine anlamlı istatistiksel farklılık yarattığı saptanmıştır. Ancak bu sonuç genel olarak diğer çalışmalarda saptanmamıştır. Çalışmamızda yaş ve meslekteki eğitim yılı arttıkça evli olma durumunun arttığını tespit ettik. Çalışmamızda yaş ve meslekteki eğitim yılı arttıkça YATÖ puanları artma eğilimindedir. Bu durum, medeni halin YATÖ puanı ile ilişkisine etki etmiş olabilir.

Yapılan çalışmalar, yaşlılar ile birlikte yaşamamanın yaşlı ayrımcılığına karşı olumlu tutumu artırabileceğini göstermiştir. Bunun nedeni, yaşlılar ile yaşamamanın sağlık personelinde pratik anlamda eğitim kazandırmış olmasından ve yaşlılar ile birlikte yaşayanların empati düzeylerinin yüksek olma eğiliminden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca ilerideki yaşamlarında yaşlılar ile yaşama isteği olanların da yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip olduklarını çalışmalar göstermiştir. Bunun nedeni, çalışmamızda da saptandığı üzere yaşlılar ile yaşama isteği olan bireylerin empati düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, meslekteki çalışma süresi fazla olan bireylerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutumlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bunun nedeni, meslek süresi ile

birlikte kazanılan deneyimin artması ve kazanılan deneyimin yaşlılar ile iletişimi daha etkin kılıyor olması olabilir. İleride yapılacak olan çalışmaların, bu nedenselliğin doğruluğuna ışık tutacağı düşünülebilir.



6. SONUÇLAR

- Çalışmamıza katılan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin JSPE puanlarının ortancası 77,0 (IQR: 73,0- 86,2) olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin empati düzeyleri yüksektir.
- Empati düzeyi, medeni duruma göre değişmektedir. Evli olanların, bekar olanlara göre empati düzeyleri daha yüksektir.
- İlerideki hayatlarında yaşlılar ile yaşama isteği olanların, yaşama isteği olmayanlara göre empati düzeyleri daha yüksektir.
- Çalışmamıza katılan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin YATÖ puan ortancası 85,0 (IQR: 79,0- 90,0) olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları olumlu bulunmuştur.
- Yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutum, medeni duruma göre değişmektedir. Evli olanların, bekar olanlara göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.
- Yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutum, meslekteki hekimlik süresine göre değişmektedir. Özellikle otuz yıl üzeri çalışan hekimlerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları otuz yıl altı çalışanlara göre daha olumlu saptanmıştır.
- Yaşlılar ile yaşama isteği olan hekimlerin, yaşama isteği olmayan hekimlere göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.
- Geriatri merkezinde çalışma isteği olan hekimlerin, çalışma isteği olmayan hekimlere göre yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumlu saptanmıştır.
- Empati düzeyi ile yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutum arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Empati düzeyi yüksek olan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin, yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları daha olumludur.

7. ÖNERİLER

Tıp fakóltesi eğitiminde, aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde ve diğer insan ilişkilerinin yüksek olduğu branşların eğitimlerinde yaşlılar ile iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik, empati düzeyini geliştiren uygulamalar artırılmalıdır. Bu sayede hekimlerin yaşlılara karşı tutumları daha olumlu hale gelecektir. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı oluşumunun önüne geçilebilecektir. Yaşlılara verilen sağlık hizmet kalitesi artacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. Dikeç G. Yaşlının Psikososyal Tanılanması. 2016;2(1):15–20.
2. World report on Aging and Health. World Health Organization. 2015.
3. Agudelo-Cifuentes MC, Arango DC, Cardona AS, Cardona AS, Rodríguez DM, Restrepo-Ochoa DA. Social and family characteristics associated with elder abuse in Pasto, Colombia 2016. Rev CES Psicol. 2019;12(1):32–42.
4. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2012;2(2):19–23.
5. Kelleç M. Sağlıklı Yaşlanma , Aktif Yaşlanma ve Yaşlanmanın Psikososyal Boyutu. 2016;2(1):10–4.
6. Beğen T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klin Gelişim [Internet]. 2012;25(1–3):1–3. Available from: http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_3/1.pdf
7. Ateş E, Set T. Biyopsikososyal Yaklaşım. 2017;8(2):93–5.
8. Boasberg J, The Department of Education, Academy T, Academy R, Trakt SS, Quinot G, et al. World Health Statistics 2019. Duke Law J. 2019;1(1):1–13.
9. Kalafatçılar MK. Demografik Gelişmeler ve Makroekonomik Etkileri. 2019.
10. Butler RN. Age-Is: Another Form of Bigotry. Gerontologist [Internet]. 1969;9(4):243–6. Available from: https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
11. Palmore E. The Ageism Survey: First Findings. J Pastor Care Couns. 2016;30(1):1–2.
12. Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. 2007;1:1–113.
13. Vefikuluçay D. Üniversitede Öğrenim Gören Öğrencilerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları. 2008;168.
14. Küçük L. Yaşlı Ayrımcılığı. 2016;2(1):60–6.
15. Gholamzadeh S, Khastavaneh M, Khademian Z, Ghadakpour S. The effects of empathy skills training on nursing students’ empathy and attitudes toward elderly people. BMC Med Educ. 2018;18(1):1–7.
16. Zanto TP, Hennigan K, Östberg M, Clapp WC, Gazzaley A. Impact of the Geriatric Medication Game® on Nursing Students Empathy and Attitudes Toward Older Adults.

Nurse Educ Today. 2011;46(4):564–74.

17. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Rattner, S., Erdmann, J.B., Gonnella, J.S. and Magee M. An empirical study of decline in empathy in medical school. Med Educ [Internet]. 2004;38(9):934–41. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x>
18. Dyer E, Swartzlander BJ, Gugliucci MR. Using virtual reality in medical education to teach empathy. J Med Libr Assoc. 2018;106(4):498–500.
19. Mancılık A, Hablemitoğlu Ş. Sosyal hizmet öğrencilerinin müracaatçı olarak yaşlılarla çalışma ve yaşlılara yönelik tutumlarının belirlenmesi. 2015.
20. Kalache A, Gatti A. Active ageing: a policy framework. Adv Gerontol. 2003;11:7–18.
21. Akdeniz, Melahat; Kavukçu, Ethem; Teksan A. Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları. Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı- Türkiye Klin. 2019;1(July):1–15.
22. Aşık Z, Akdeniz M. Aile hekimliğinde yaşlı değerlendirmesi. 2012.
23. Yumurtacı A. Demografik Değişim: Psiko Sosyal ve Sosyo Ekonomik Boyutlarıyla Yaşlılık. Yalova Üniversitesi Sos Bilim Derg [Internet]. 2013;3(6). Available from: <http://yusbed.yalova.edu.tr/article/view/5000000766>
24. Demir Çelebi Ç, Yukay Yüksel M. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Psikolojik Danışma. 2014; Available from: http://www.kalemacademy.com/Cms_Data/Sites/KalemAcademy/Files/KalemAcademyRepository/sayilar/Sayi07_06YaslilikveYaslilaraSunulanPsikolojikDanisma.pdf
25. Suzman R, Beard J. Preface Overview Humanity's Aging Living Longer New Disease Patterns Longer Lives and Disability New Data on Aging and Health Assessing the Cost of Aging and Health Care Changing Role of the Family Suggested Resources. Glob Heal Aging [Internet]. 2011;26. Available from: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
26. TÜİK. Demografik Göstergeler 2000- 2025 [Internet]. [cited 2020 Jan 5]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
27. Nations U. Population. 2017.
28. Butler RN. Ageism: A foreword. J Soc Issues [Internet]. 1980;36(2):8–11. Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>

29. Editors S, Powell JL, Chen S, Tesch-römer LAC. Contemporary Perspectives on Adult. Vol. 19, Journal of Gerontology. 2018.
30. Iversen TN, Larsen L, Solem PE. A conceptual analysis of ageism. Nord Psychol. 2009;61(3):4–22.
31. Greenberg, Jeff; Pyszczynski, Tom; Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In: Baumeister RF, editor. Public self and private self. Springer, New York, NY; 1986; 189–212.
32. Tajfel, Henri; Turner J. An integrative theory of intergroup conflict. In: The Social Psychology of Intergroup Relations. 1979; 33–7.
33. Kite ME., Wagner LS. Attitudes toward older adults. In: Stereotyping and prejudice against older persons. 2002; 129–61.
34. Burnstein E, Crandall C, Kitayama S. Some neo-Darwinian decision rules for altruism: Weighing cues for inclusive fitness as a function of the biological importance of the decision. In: Journal of Personality and Social Psychology. 1994; 773–89.
35. Riley MW, Riley Jr. JW. Structural lag: Past and future. In: Riley MW, Kahn RL, Foner A, Mack KA, editors. Age and structural lag: Society's failure to provide meaningful opportunities in work, family, and leisure. 1994; 15–36.
36. North MS, Fiske ST. A Prescriptive, Intergenerational-Tension Ageism Scale: Succession, Identity, and Consumption (SIC) The Potential Rise of Prescriptive (Hostile) Ageism. Psychol Assess [Internet]. 2013;25(3):706–13. Available from: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC3912745&blobtype=pdf>
37. Jecker NS. Justice between age groups: An objection to the prudential lifespan approach. Am J Bioeth. 2013;13(8):3–15.
38. Zoghi M, Kış M. Türkiye’de yaşlı hastalarla ilgili çalışmalar ve sonuçları. Turk Kardiyol Dern Ars. 2017;45:143–6.
39. Şanal Karahan F, Hamarta E. Geriatrik Olgularda Kronik Hastalıkların ve Polifarmasinin Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Ege Tıp Bilim Derg. 2019;2(1):8–13.
40. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. Gulhane Med J. 2014;56(2):128–31.
41. Akdemir N, Çınar Fİ, Görgülü Ü. Yaşlılığın Algılanması ve Yaşlı Ayrımcılığı. Turkish J

- Geriatr. 2007;10(4):215–22.
42. Courtney M. Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *Int J Nurs Pract.* 2000;6(2):62–9.
 43. Brink GK. Wonca. *Eur J Gen Pract.* 1999;5(4):170.
 44. Ungan M. Aile Hekimliği Ağacı. *Türkiye Klin J Fam Med-Special Top* 2016. 2016;7(6).
 45. Kiyunat Z, Dağdeviren HN. Hasta Merkezli Yaklaşım. 2017;8(2):89–92.
 46. Çelik M, Arslan İ. Yaşlı Hasta ile İletişim. 2017;8(2):132–40.
 47. Şahin, Gülay; Parıldar H. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencileri Gözüyle Yaşlılık Nasıl Algılanıyor? 2018;21(3):71–6.
 48. Gülseren Ş. Eşduyum (Empati): Tanımı ve Kullanımı Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatr Derg.* 2001;12(2):133–45.
 49. Kabapınar Y. Empatiyle Gelişmek Empatiyi Geliştirmek: Çocuk ve Empati. 1. Basım. Eroğlu A, editor. Ankara: Pegem Akademi; 2015; 2–20.
 50. Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. 62. Basım. Başcı A, editor. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2019; 37–193.
 51. Ersoy EG, Köşger F. Empati : Tanımı ve Önemi. *Osmangazi Tıp Derg.* 2016;38(2):9–17.
 52. Balcioğlu H. İletişimin Temelleri. 2017;8(2):111–5.
 53. Atici E. Hasta - Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2007;33(2):91–6.
 54. Artıran İğde FA. Aile Hekimliğinde Hasta Hekim Görüşmesi. *Türkiye Klin.* 2017;8(2):103–6.
 55. Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *Int J Med Educ.* 2015;6:12–6.
 56. van Winkle LJ, Fjortoft N, Hojat M. Impact of a workshop about aging on the empathy scores of pharmacy and medical students. *Am J Pharm Educ.* 2012;76(1):1–5.
 57. PhD MH, Louis M, Daniel Z. The Jefferson Scale of Empathy (JSE): An update. *Popul Heal.* 2011;24(2):5.
 58. Hojat M, Gonnella JS. Eleven years of data on the jefferson scale of empathy-medical

- student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Med Princ Pract*. 2015;24(4):344–50.
59. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Heal Sci Educ [Internet]*. 2018;23(5):899–920. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>
60. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Cohen MJM, Erdmann JB, et al. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1563–9.
61. Gonullu I, Oztuna D. Turkish Adaptation Of The Student Version Of Jefferson Scale Of Physician Empathy. *Marmara Med J*. 2012;87–92.
62. Teke K, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin Empatik Özelliklerinin Ölçümü ve Bu Ölçümlerin Demografik Değişkenlere Göre Değişimi. *ÇÜ Sos Bilim Enstitüsü Derg*. 2010;19(3):505–16.
63. Vefikuluçay Yılmaz D, Terzioğlu F. Development and Psychometric Evaluation of Ageism Attitude Scale Among the University Students. *Turkish J Geriatr*. 2011;14(3):259–68.
64. Bayrak Özdin, Şükriye; Artıran İğde FA. Aile Hekimliği ile Psikiyatri Uzman ve Uzmanlık Öğrencilerinin Biyopsikososyal Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. 2015.
65. Okuyaz S, Direk M, Ögenler O, Derici Yıldırım D. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Doktorlarının Empati Becerisi Üzerine Bir Pilot Çalışma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folk Tıp Derg*. 2019;9(2):228–35.
66. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Fam Med*. 2011;43(6):412–7.
67. Karaca A, Açıkgöz F, Akkuş D. Eğitim ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi?: Bir sağlık yüksekokulu örneği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2013;4(3):118–22.
68. Wünderich M, Schwartz C, Feige B, Lemper D, Nissen C, Voderholzer U. Empathy training in medical students – a randomized controlled trial. *Med Teach*.

2017;39(10):1096–8.

69. Greene M, Adelman RD. Problems in communication between physicians and older patients. *J Geriatr Psychiatry*. 1996;29(1):13–32.
70. McLafferty I, Morrison F. Attitudes towards hospitalized older adults. *J Adv Nurs*. 2004;47(4):446–53.
71. Ögenler O, Yapıcı G, Taşdelen B, Akça T. Mersin ilinde bir grup hekimin yaşlı ayrımcılığı hakkındaki görüşleri. *Turkish J Geriatr*. 2012;15(4):409–15.
72. Kıssal A, Okan F. Tokat ilinde aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Türkiye Aile Hekim Derg [Internet]*. 2018;22(4):202–12. Available from: <http://www.turkailehekderg.org/makaleler/arastirma/tokat-ilinde-aile-sagligi-merkezi-saglik-calisanlarinin-yasli-ayrimciligina-iliskin-tutumlari/>
73. Unalan D, Soyuer F, Elmalı F. The attitudes towards elderly by the personnel of geriatric care centres. *Kafkas J Med Sci*. 2012;2(3):115–20.
74. Naldan ME, Kara D, Soyalp C, Gürol A. Evaluation of healthcare workers at intensive care units towards aging. *Med J Bakirkoy*. 2018;14(1):8–16.

8. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Mine ÖNER DEMİRALIN

Doğum yeri ve tarihi: İzmir/ 01.05.1989

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: mineoner35@gmail.com

Bölümü: Aile Hekimliği

Yabancı dili: İngilizce

Eğitimi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Aile Hekimliği ABD / 2017-2020

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi / 2007-2013

İzmir Atatürk Lisesi / 2003-2007

Mesleki Deneyimi

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi- Acil Servis ABD / Kasım 2013- Mayıs 2014

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi- Anatomi ABD / Aralık 2014- Mart 2016

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD / Mart 2016- Eylül 2017

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Aile Hekimliği ABD / Eylül 2017- Nisan 2020

Eğitim programı haricinde katıldığı kurslar

Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Kursu / 14-15 Nisan 2017

Rahim İçi Araç Uygulama Kursu / Şubat 2018

4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi / 7-9 Şubat 2019

3. Anne Sütü ve Emzirme Sempozyumu / 3 Ekim 2019

2. Palyatif Bakım Sempozyumu / 20-21 Eylül 2019

Palyatif Bakımda Ağrı Yönetimi ve Karşılaşılan Zorluklar Kursu / 20 Eylül 2019

5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi / 6-8 Şubat 2020

Nicel Araştırmalarda Veri Düzenlemesi ve Veri Girişİ Kursu / 6 Şubat 2020

Sigara Bıraktırma Kursu / 7 Şubat 2020

Uygulamalı Temel Ultrasonografi Kursu / 8 Şubat 2020



9. EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EMPATİ DÜZEYLERİNİN VE YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK SOSYODEMOGRAFİK ANKET SORULARI

Bu anket sizin sosyodemografik özelliklerinizle uygulanacak olan Jefferson Hekim Empati Ölçeği ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeğinden alacağınız puanın karşılaştırması yapılarak bilimsel çalışmada kullanılacaktır.

ANKET KATILIMCISI ONAY FORMU

Araştırmacı tarafından 'Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Empati Düzeylerinin Ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutumlarının Değerlendirilmesi' konulu çalışma hakkında bilgilendirilerek katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katıldığım takdirde bana ait bilgilerin gerek araştırma sırasında gerekse sonuçların bilimsel amaçla kullanılması sırasında gizliliğin korunacağına ve özenle yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırmada bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve finansal sorumluluk almıyorum. Yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunuyorum. Kendi isteğimle adı geçen araştırma projesinde katılımcı olmayı kabul ediyorum.

İMZA

<u>HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ İÇEREN ANKET</u>
1) Cinsiyet: K: () E: ()
2) Doğum Tarihi:
3) Mezuniyet Yılı:
4) Aile Hekimliği asistanlığınızın kaçınıcı yılındasınız? Cevap:
5) Medeni Durum: Evli: () Bekar: () Diğer: ()
6) En uzun süre ile yaşadığınız yerleşim yeri: İl: () İlçe: () Köy: ()
7) Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisiyle uyumludur? Çekirdek aile (anne, baba ve/veya kardeşlerin birlikte yaşadığı aile): () Geniş aile (Anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile) () Diğer: ()
8) Şimdiye kadar 65 yaş ve üzeri yaşı ya da yaşlılarla hiç yaşadınız mı? Evet: () Hayır: ()
9) 8. Soruya cevabınız 'evet' ise kaç yıl yaşadınız? Cevap:
10) Yaşlılar ile aynı evde yaşama isteğiniz var mı? Evet: () Hayır: ()
11) Geriatri merkezinde çalışma isteğiniz var mı? Evet: () Hayır: ()

12) Yaşlılık deyince aklınıza gelen ilk kelime nedir? (tek kelime ile cevaplayınız)

Cevap:

13) Yaşlılara karşı tutumun iyileştirilebilmesi için en önemli davranış biçimi nedir? (bir ya da iki kelime ile cevaplayınız)

Cevap:

EK-2 JEFFERSON HEKİM EMPATİ ÖLÇEĞİ

JEFFERSON HEKİM EMPATİ ÖLÇEĞİ					
Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra aşağıdaki derecesini seçiniz.	Her Zaman Kesinlikle	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Her Zaman Kesinlikle
1. Hastalar ile olan iletişimimde en önemli nokta, hasta ve yakınlarının duygularını anlamamdır.					
2. Hastalarımın beden diline dikkat ederek zihinlerinden neler geçirdiklerini anlamaya çalışırım.					
3. Tıbbi tedavide empatinin, önemli bir tedavi edici faktör olduğuna inanırım.					
4. Hekim olarak tedavi etmedeki yeteneğim, empati olmazsa sınırlı kalır.					
5. Hastalarımın neler hissettiklerini anlamam, uygulanacak tedaviyi güvenli bir şekilde kabul etmelerini sağlar.					
6. Hastalarımın neler hissettiklerini anladığımda, onlar da kendilerini daha iyi hissederler.					
7. Hekim - hasta ilişkisinde sözlü iletişim kadar hastanın beden dilini anlamamanın da önemli olduğunu düşünüyorum.					
8. Hastalarımın tıbbi tedavi uygularken, kendimi onların yerine koymaya çalışırım.					
9. Mizah anlayışına sahip olmanın, daha iyi bir klinik çıktıya katkısı olduğunu düşünüyorum.					
10. Daha iyi tıbbi bakım sunabilmek için hastalarım gibi düşünmeye çalışırım.					
11. Hastalar ancak tıbbi tedavi ile iyileştirilebilirler, dolayısıyla onlarla duygusal bir yakınlık içerisinde girmenin yeri yoktur.					
12. Hastalarımın kişisel deneyimlerini dikkate almamanın tedavinin etkinliği ile ilgisi yoktur.					
13. Hastalarımınla görüşürken, öykülerini alırken duygularına dikkat etmeye çalışmam.					

14. Tıbbi hastalıkların tedavisinde duygunun yeri olmadığına inanırım.					
15. Hastalarım ve yakınlarıyla çok fazla samimiyet kurarak bana yaklaşmalarına izin vermem.					
16. Hastalarım ve yakınlarının ne hissettiklerini anlamamanın, tıbbi tedavi ile ilgisi olduğuna inanmıyorum.					
17. Tıbbi olmayan literatürleri okumaktan ve sanatla ilgilenmekten hoşlanmam.					
18. Hastaların fiziksel şikayetlerini anlamak için, günlük yaşamlarında neler olduğunu sorgulamak önemsiz bir faktördür.					
19. Olaylara hastanın bakış açısından bakmak benim için zordur.					
20. İnsanlar birbirinden farklı olduğu için, hastalarımın bakış açısından olaylara bakmak benim için hemen hemen mümkün değildir.					

EK-3 YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUM ÖLÇEĞİ

<u>YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUM ÖLÇEĞİ</u>					
TUTUM İFADELERİ	rumKesinlikle	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	rumKesinlikle
1. Yaşlıların yaşantısı eviyle sınırlı olmalıdır					
2. Yaşlılar gençlere göre daha sabırlıdır.					
3. Yaşlılar sürekli hasta olur.					
4. Sıra beklenmesi gereken yerlerde yaşlılara öncelik verilmelidir.					
5. Yaşlıların dış görünüşleri iticidir.					
6. Gençler yaşlıların yaşam deneyimlerinden faydalanmalıdır.					
7. Yaşlılar birlikte yaşadığı aile bireyleri tarafından önemsenmelidir.					
8. Yaşlılar sevecendir.					
9. Ailede kararlar alınırken yaşlıların görüşü alınmalıdır.					
10. Yaşlıların temel sorumluluğu ev ve mutfak işleri, torun bakımı gibi konularda çocuklarına yardımcı olmaktır.					
11. İşe eleman alımında yaşlılar yerine gençler					

tercih edilmelidir.					
12. Yaşlıların ev, araba, eşya, kıyafet almaları gereksizdir.					
13. Yaşlılar gençlere göre daha hoşgörülüdür.					
14. Eşlerini kaybeden yaşlılar tekrar evlenmemelidir.					
15. Yaşlılar değişikliklere gençler gibi uyum sağlayamazlar.					
16. Çalışma yaşamında bireyler arasındaki terfilerde gençlere öncelik verilmelidir.					
17. Yaşlılar huzurevine yerleştirilmelidir.					
18. Yaşlıların tek başına dışarı çıkmamaları gerekir.					
19. Hastanede yaşlılar yerine öncelikle gençlere bakım verilmelidir.					
20. Ailede bütçe oluşturulurken yaşlıların da görüşü alınmalıdır.					
21. Çalışma yaşamında, yaşlılara gençlerden daha düşük ücret ödenmelidir.					
22. Yaşlılar poşetlerini ve paketlerini yardım almadan taşıyamazlar.					
23. Yaşlıların bakımı aile bireyleri tarafından ekonomik yük olarak görülmemelidir.					

EK-4 ETİK ONAY

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Empati Düzeyleri ile Yaşlı Ayrımcılığı Tutumlarının İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Bahar Mh. Saim Çıkırcı Cad. No:59 Bozyaka/İZMİR
	TELEFON	0232 250 50 50 – 1133
	FAKS	0232 261 44 44
	E-POSTA	etikkurulbozyaka@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Başasistan Uzm. Dr. Özge TUNCER			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	Yok			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz		Kesitsel/Tanımlayıcı	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Mehmet YILDIRIM
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Empati Düzeyleri ile Yaşlı Ayrımcılığı Tutumlarının İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	17/10/2019	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04	Tarih: 13.11.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Mehmet YILDIRIM

İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

EK-5 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ İZİN FORMU



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



BİRİM / BÖLÜM : Fakülte Sekreterliği Birimi
SAYI : 45803587 / 15757

20.12.2019

Sayın; Uzm.Dr. Özge TUNCER
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İLGİ: 28.11.2019 tarihli yazınız.

Sorumlusu olduğunuz “Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Empati Düzeyleri İle Yaşlı Ayrımcılığı Tutumlarının İncelenmesi” isimli Etik Kurul onayı alınmış tez çalışmasının Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalında görev yapan tıpta uzmanlık öğrencilerine uygulanması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Murat Celiloğlu

Prof. Dr. Murat CELİLOĞLU
Dekan

EK-6 İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ



	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	Kod	ARGE I-FR-01
		Yayın Tarihi	08.10.2018
	SAĞLIK HİZMETLERİ, İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI AR-GE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU FORMU	Rev.No/Tarihi	00/
		Sayfa	1/1

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2020/6	22.01.2020 110839438	22.01.2020	UYGUN

Açıklama:

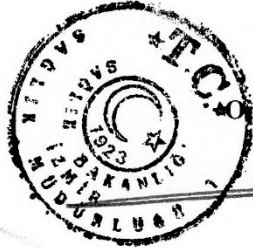
Yürütücü/ Sorumlu Araştırmacı “Uz.Dr. Özge TUNCER” danışmanlığında Asistan Doktor Mine Öner DEMİRALIN tarafından kurulumuza sunulan “Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Empati Düzeyleri İle Yaşlı Ayrımcılığı Tutumlarının İncelenmesi” konulu uzmanlık tezi başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile “KABUL” kararı verilmiştir.

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye
Uzm.Dr. Songül NUHOĞLU

Üye
Uzm.Dr. Leyla SUNDUS
ARSLAN

Komisyon Başkanı
Dr. Özgür SÖNMEZ



Op.Dr. M. Burak ÖZTOP

İl Sağlık Müdürü