



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN  
EMPATİ DÜZEYLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞI HAKKINDAKİ  
TUTUMLARINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Özge ERAVŞAR

UZMANLIK TEZİ

KONYA- 2024



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ ARAŞTIRMA  
GÖREVLİLERİNİN EMPATİ DÜZEYLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞI  
HAKKINDAKİ TUTUMLARINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Özge ERAVŞAR

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

Prof. Dr. Nazan KAROĞLU

KONYA – 2024

## TEŞEKKÜR

*Uzmanlık eğitimimde geçirdiğim süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, yapmış olduğum çalışmanın ve asistanlık sürecinin her aşamasında desteğini hissettiğim, duruşunu, çalışma disiplinini hep örnek alacağım tez danışmanı ve anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU hocama, her yanına gittiğimde sabırla, gülen yüzüyle yardımcı olan, tez sürecimde büyük destek veren ve bana hoca öğrenci mesafesini hissettirmeyen, çalışkanlığını ve pozitifliğini örnek alacağım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN hocama çok teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen ve eğitimimiz için çaba sarf eden, burada aile ortamının oluşmasını sağlayan Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN ve Sayın Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ hocalarıma teşekkür ederim.*

*Asistanlık süresince birlikte çalıştığım, birçok şeyi paylaştığım, günlerimin güzel geçmesini sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma, bölüm sekreterimiz sevgili Birsen BATAŞ'a, bölüm hemşiremiz sevgili Nurcan BÜYÜKDEMİR'e destekleri, sevgileri ve anlayışları için teşekkür ederim.*

*Benim için büyük fedakarlıklar yapan, her konuda, her an desteklerini hissettiğim, beni bugünlere getiren, emek harcayan, kızları olmaktan gurur duyduğum canım annem Emine KURT'a, canım babam Hüseyin KURT'a ve biricik abim Şükrü KURT'a, evlendiğim günden beri her konuda destekçim olan ERAVŞAR ailesine hayatımda oldukları için teşekkür ederim.*

*Benim için hayatın diğer anlamı, en büyük şansım, her konuda sonsuz desteğini hissettiğim canım eşim Uzm. Dr. Taha ERAVŞAR'a, sonsuz teşekkür ederim.*

ÖZGE ERAVŞAR

NİSAN – 2024

## ÖZET

# BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN EMPATİ DÜZEYLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞI HAKKINDAKİ TUTUMLARINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

**Dr. Özge Eravşar**

**UZMANLIK TEZİ**

**KONYA-2024**

**Amaç:** Nüfusun yaşlanması küresel bir sorun olup, tüm dünya ülkelerini etkileyen demografik değişimin kaçınılmaz bir sonucudur. Hekimlerin yaşlı insanlara yönelik tutum ve davranışları, kaliteli sağlık hizmeti verebilmek adına büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı ile ilgili yapılan çalışmalar özellikle öğrenciler ve hekim dışı sağlık personelleri üzerine yoğunlaşmış olup hekimler ile yapılmış çalışma sayısının sınırlı olduğu görülmektedir. Empati, hasta-hekim iletişiminin bir parçası olup, yaşlı hasta ile iletişimde daha da ön plana çıkmaktadır. Bu sebeplerle araştırma görevlisi hekimlerin empati düzeylerinin yaşlı ayrımcılığı hakkındaki tutumlarına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesi dahili ve cerrahi bölümlerde görev yapan 240 araştırma görevlisi dahil edildi. Uygulanan anket formunun ilk bölümünde; sosyodemografik bilgi formu, ikinci bölümünde; Jefferson Hekim Empati Ölçeği-Sağlık Profesyonelleri versiyonu (JSPE-HP versiyonu) ve üçüncü bölümünde; Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) yer aldı. JSPE-HP versiyonu iki alt boyuttan oluşan (1= Yerine koyma, 2= Duygusal yaklaşım) bir ölçek olup, alınan puanlar arttıkça hekimlerin empati düzeyi artmaktadır. YATÖ üç alt boyuttan (1=Yaşlının Yaşamını Sınırlama, 2=Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık, 3= Yönelik Olumsuz Ayrımcılık) oluşan ve alınan puanlar arttıkça yaşlılara yönelik tutumun daha olumlu olduğunu ifade eden bir ölçektir. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmadaki 240 hekimin %60,4'ü (n=145) kadın ve yaş ortalamaları  $28,65 \pm 3,86$  (min=24; maks=53) yılı. Hekimlerin %75'i (n=180) dahili bölümde olup, çalışma sürelerinin ortancası 18 (min=1; maks=66) aydı ve %69,2'si (n=166) mezun olduğu tıp fakültesinde geriatri eğitimi almamıştı. Asistanlık süresi 1,5 yıl ve altı olanların ( $38,9 \pm 6,25$ ), 1,5 yıl üzeri olanlara ( $37,17 \pm 6,95$ ) kıyasla JSPE ölçeği "yerine koyma" alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü ( $p=0,040$ ). Kadın hekimlerin YATÖ toplam puan ( $85,71 \pm 6,9$ ) ortalaması, erkeklerden ( $82,24 \pm 10,77$ ) daha yüksekti ( $p=0,003$ ). Kadınların YATÖ "yaşlılığın yaşamını sınırlama" alt boyut puan ( $37,35 \pm 3,98$ ) ortalaması, erkeklerden ( $35,12 \pm 5,36$ ) anlamlı farklıydı ( $p=0,001$ ). Dahili bölümde görev yapan araştırma görevlilerinin YATÖ toplam puan ( $85,26 \pm 8,35$ ) ortalaması, cerrahi bölümde görev yapan araştırma görevlilerinden ( $81,58 \pm 9,68$ ) anlamlı farklıydı ( $p=0,005$ ). Aynı zamanda dahili bölümde çalışan hekimler ( $37,12 \pm 4,34$ ), cerrahi bölüme dekilere ( $34,50 \pm 5,17$ ) göre YATÖ "yaşlılığın yaşamını sınırlama" alt boyutundan daha yüksek puan aldı ( $p=0,001$ ). Yaşlı bireyle birlikte yaşayanların YATÖ "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ( $29,58 \pm 4,00$ ), yaşamayanlara ( $27,56 \pm 4,28$ ) kıyasla daha yüksek bulundu ( $p=0,001$ ). Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması; gelecekte ebeveynleriyle yaşamayı isteyenlerde ( $29,58 \pm 4,00$ ) iken, istemeyenlerde ( $27,56 \pm 4,28$ ) idi ( $p=0,003$ ). JSPE toplam puanı ile YATÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon ( $r=0,372$ ;  $p=0,001$ ) tespit edildi.

**Sonuç:** Sunulan çalışmada asistanlık süresi arttıkça, empati düzeylerinin azaldığı görüldü. Hekimlerin yaklaşık dörtte üçünün mezun oldukları tıp fakültesinde geriatri eğitimi almamış olması dikkat çekiciydi. Yaşlılara yönelik tutumu olumlu etkileyenler; kadın cinsiyet, dahili bölümde görev yapma, hayatının bir bölümünde yaşlı bireyle beraber yaşama, gelecekte ebeveynleriyle birlikte yaşama isteği idi. Huzurevi ziyareti yapmış olmanın ise yaşlılara yönelik tutumu etkilemediği görüldü. Hekimlerin empati düzeyleri arttıkça, yaşlılara yönelik tutumları olumlu yönde etkilenmekteydi. Her geçen gün yaşlı hastalarla daha fazla karşılaşan hekimlerin yaşlılara yönelik tutumlarının olumlu yönde güçlendirilebilmesi için, yaşlı ayrımcılığı hakkında farkındalık çalışmalarının artırılması, empati becerisini geliştiren eğitimler verilmesi ve geriatri eğitiminin yaygınlaştırılması gerektiğinin ortaya çıktığı kanaatindeyiz.

**Anahtar kelimeler:** Empati, Yaşlı ayrımcılığı, Tutum, Araştırma görevlileri

## ABSTRACT

# THE EFFECT OF EMPATHY LEVELS OF RESEARCH ASSISTANTS IN A UNIVERSITY HOSPITAL ON THEIR ATTITUDES ABOUT ELDERLY DISCRIMINATION

Dr. Özge Eravşar

THE MASTER THESIS

KONYA-2024

**Aim:** Population ageing is a global problem and an inevitable consequence of the demographic change affecting all countries of the world. Attitudes and behaviours of physicians towards elderly people are of great importance in order to provide quality health care. Studies on elderly discrimination in health services have focused especially on students and non-physician health personnel, and the number of studies conducted with physicians is limited. Empathy is a part of patient-physician communication and becomes more prominent in communication with elderly patients. For these reasons, it was aimed to investigate the effect of empathy levels of research assistant physicians on their attitudes towards elderly discrimination.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional and descriptive study, 240 research assistants working in the internal and surgical departments of Necmettin Erbakan University (NEU) Faculty of Medicine were included. The first part of the questionnaire included the sociodemographic information form, the second part included the Jefferson Physician Empathy Scale-Health Professionals version (JSPE-HP version), and the third part included the Ageism Attitude Scale (AAS). JSPE-HP version is a scale consisting of two sub-dimensions (1= Substitution, 2= Emotional approach) and the empathy level of physicians increases as the scores increase. AAS is a scale consisting of three sub-dimensions (1= Limiting the Life of the Elderly, 2= Positive Discrimination towards the Elderly, 3= Negative Discrimination towards the Elderly) and the higher the scores obtained, the more positive the attitude towards the elderly. The data obtained were analysed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 software.  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** Of the 240 physicians in the study, 60.4% (n=145) were female and the mean age was  $28.65 \pm 3.86$  (min=24; max=53) years. Seventy-five percent (n=180) of the physicians were in

the internal medicine department, the median duration of practice was 18 (min=1; max=66) months, and 69.2% (n=166) had not received geriatrics training in their medical school.. It was observed that those with a residency period of 1.5 years or less ( $38.9\pm 6.25$ ) had higher mean scores on the ‘substitution’ sub-dimension of the JSPE scale compared to those with a residency period of more than 1.5 years ( $37.17\pm 6.95$ ) ( $p=0.040$ ). The mean total score ( $85.71\pm 6.9$ ) of female physicians was higher than that of male physicians ( $82.24\pm 10.77$ ) ( $p=0.003$ ). The mean score ( $37.35\pm 3.98$ ) of women in the subscale “limiting the life of the elderly” was significantly different from men ( $35.12\pm 5.36$ ) ( $p=0.001$ ). The mean AAS total score ( $85.26\pm 8.35$ ) of the research assistants working in the internal department was significantly different from that of the research assistants working in the surgical department ( $81.58\pm 9.68$ ) ( $p=0.005$ ). At the same time, physicians working in the internal department ( $37.12\pm 4.34$ ) scored higher on the “limiting the life of the elderly” sub-dimension of the AAS than those working in the surgical department ( $34.50\pm 5.17$ ) ( $p=0.001$ ). The mean score ( $29,58\pm 4,00$ ) of those who lived with the elderly was higher than those who did not live with the elderly ( $27,56\pm 4,28$ ) in the ‘positive discrimination towards the elderly’ sub-dimension ( $p=0,001$ ). The mean score of the sub-dimension of positive discrimination towards the elderly was ( $29.58\pm 4.00$ ) in those who wanted to live with their parents in the future and ( $27.56\pm 4.28$ ) in those who did not ( $p=0.003$ ). A moderately significant positive correlation ( $r=0.372$ ;  $p=0.001$ ) was found between the total score of the JSPE and the total score of the AAS.

**Conclusion:** In the present study, it was observed that empathy levels decreased as the duration of residency increased. It was striking that approximately three fourth of the physicians did not receive geriatrics education in the medical faculty they graduated from. The factors that positively affected the attitude towards the elderly were female gender, working in the internal medicine branch, living with the elderly for a part of their lives, and the desire to live with their parents in the future. Having visited a nursing home did not affect the attitude towards the elderly. As the empathy levels of physicians increased, their attitudes towards the elderly were positively affected. We believe that in order to strengthen the attitudes of physicians, who encounter more and more elderly patients every day, towards the elderly in a positive way, it is necessary to increase awareness studies on elderly discrimination, to provide trainings that improve empathy skills and to expand geriatrics education.

**Keywords:** Empathy, Ageism, Attitude, Research assistants

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT .....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. YAŞLANMA VE YAŞLILIK KAVRAMLARI.....	3
2.2. YAŞLANMA SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİKLİKLER.....	3
2.2.1. Fizyolojik Değişiklikler .....	3
2.2.2. Psikososyal Değişiklikler .....	6
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılar .....	7
2.3.1. Dünyada Yaşlılar .....	7
2.3.2. Türkiye’de Yaşlılar .....	8
2.4. Yaşlı Ayrımcılığı.....	10
2.4.1. Sağlık Alanında Yaşlı Ayrımcılığı .....	11
2.4.2. Aile Hekimliğinde Yaşlı Ayrımcılığı.....	12
2.5. Tıpta Geriatri Eğitiminin Yeri .....	12
2.6. Empati .....	13
2.6.1. Empati Kavramı .....	13
2.6.2. Empatinin Bileşenleri .....	13
2.6.3. Aile Hekimliğinde Empatik İletişim Becerisi .....	13
2.7. Empati ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutumu .....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Şekli .....	15
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	15
3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri .....	15
3.4. Etik Kurul Onayı.....	15
3.5. Veri Toplama Araçları.....	15
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	15

3.5.2. Jefferson Hekim Empati Ölçeği .....	16
3.5.3. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği .....	16
3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	17
4. BULGULAR .....	18
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	18
4.2. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri .....	20
4.3. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre JSPE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	21
4.4. Katılımcıların Yaşlılık ve Geriatri Eğitimi ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplara Göre JSPE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	22
4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre YATÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	23
4.6. Katılımcıların Yaşlılık ve Geriatri Eğitimi ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplara Göre YATÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	24
4.7. Katılımcıların JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	25
5. TARTIŞMA.....	28
6. SONUÇLAR .....	34
7. ÖNERİLER .....	35
8. KAYNAKLAR .....	36
EK- 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu .....	41
EK-2.Etik Onay .....	44

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu beş ülke.....	8
Şekil 2. Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı,2018,2023 .....	9
Şekil 3. Hanehalkı tiplerine göre yaşlı nüfus oranı, 2023 .....	10
Şekil 4. JSPE Toplam Puanı ile YATÖ Toplam Puanı Arasındaki Lineer Regresyon Analizi .....	27

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çalıştıkları bölümle ilgili veriler	19
Tablo 2. Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar	20
Tablo 3. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri.....	21
Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik verilerine göre JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı .....	22
Tablo 5. Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının dağılımı.....	23
Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik verilerine göre YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı .....	24
Tablo 7. Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı .....	25
Tablo 8. Katılımcıların JSPE ve alt boyutundan aldıkları puanlar ile YATÖ ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişki.....	26

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

**AAS:** Ageism Attitude Scale

**BM:** Birleşmiş Milletler

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**JSPE:** Jefferson Scale of Physician Empathy

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**YATÖ:** Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Nüfusun yaşlanması küresel bir sorun olup, tüm dünya ülkelerini etkileyen demografik değişimin kaçınılmaz bir sonucudur (1). Dünya nüfusunun yaşlanmasında doğum oranlarındaki azalış, beslenme kalitesinin artması, enfeksiyöz hastalıkların kontrol altına alınması ve doğumla birlikte yaşam beklentisinin artması etkili olmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada 60 yaş ve üzeri nüfus; 2019'da 1 milyar iken bu sayının 2030'a kadar 1,4 milyara ve 2050'ye kadar 2,1 milyara ulaşması beklenmektedir (3). Gelişmiş ülkelerde daha belirgin hissedilen yaşlanma, artık gelişmekte olan ülkeler açısından da önem arz etmekte olup, ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır (4). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının %10'u aşması nüfusun yaşlanmasının bir göstergesi olarak kabul görmektedir. Türkiye nüfus çalışmalarına göre yaşlı nüfus oranı 2023 yılı için %10,2 iken, 2030 yılında ise yaklaşık %13 olması beklenmektedir (5).

Nüfusun yaşlanması, sağlıktan iş imkânlarına, eğitime, aile yaşamına ve sosyal güvenliğe varıncaya dek toplumu her yönden etkilemektedir. Yaşlanmanın sağlık açısından önemi çok yönlüdür. Yaşlılarda sağlık problemlerinin kökenleri, yaşlanmanın getirdiği fizyolojik ve psikolojik işlevlerdeki kısıtlamalardır. Bu kısıtlamaların sonucunda, yaşlı bireylerde kronik sağlık problemleri gelişmektedir (4). Yaşlılar psikolojik, fiziksel, ekonomik ve sosyal bakımdan giderek başka bireylere bağımlı hale gelme eğilimindedirler. Bu durum toplumdaki fertlerin yaşlılığa bakış açısını ve yaşlı bireylere yönelik davranış ve tutumlarını etkilemektedir. Yaşlı bireylere ve yaşlanmaya karşı olumsuz tutumların, özellikle sağlık hizmeti sunulan kurumların çalışanlarından oluşması, ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Bu tür problemlere maruz kalan yaşlı bireylerin sadece tedavi süreçleri ve bakım kalitesi olumsuz etkilenmekle kalmayıp, aynı zamanda yaşlılar psiko-sosyal yönden yalnızlığa da itilmektedir (6).

Sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, fizyoterapist vb.) mezuniyet öncesi dönemden başlayan yaşlı insanlara yönelik olumlu tutum ve davranışları, kaliteli sağlık hizmeti verebilmek adına büyük önem taşımaktadır (7). Cinsiyet, yaş, etnik köken, kültürel yapı, daha önce geriatri eğitimi almış olmak veya yaşlı bireylerle beraber aynı evde yaşamak gibi faktörlerin yaşlılara karşı tutumlarda farklılık oluşturabileceği belirtilmektedir (8, 9). Yine yaşlı bireylere yönelik tutumda, empati yeteneğinin önemini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (10, 11).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı ile ilgili yapılan çalışmaların özellikle öğrenciler ve sağlık personelleri ile yapılmış olduğu görülmüştür. Araştırma görevlisi hekimler ile yapılmış çalışma sayısının sınırlıdır (12). Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak araştırma görevlilerinin yalnızca yaşlı ayrımcılığı tutumu incelenmekle kalmayıp, aynı zamanda yaşlı ayrımcılığının hekimlik sanatının ve hastayla iletişimin önemli bir parçası olan empati ile olan ilişkisi incelenmiştir.

**Amaç:** Bu çalışmada bir niversite hastanesinde görevli asistan doktorların empati düzeylerini ve yaşlı bireylere yönelik tutumlarını belirleyerek, aralarındaki ilişkiyi ve yaşlılara karşı tutumlarını etkileyebileceği düşünülen sosyodemografik özelliklerle bağlantısının ortaya konulması amaçlanmış olup, birinci basamak hekimleri başta olmak üzere tüm hekimlerde yaşlı ayrımcılığına karşı farkındalık yaratma, yaşlı hastalara karşı tutumda empatinin önemine dikkat çekme ve yaşlıların sağlık hizmetlerinden en uygun biçimde yararlanmasına basamak oluşturma hedeflenmektedir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. YAŞLANMA VE YAŞLILIK KAVRAMLARI**

Yaşlanma ile yaşlılık; farklı kavramlar olmakla birlikte aralarında net bir ayrım olmadığından birbiriyle sıkça karıştırılıp, yanlışlıkla birbirlerinin yerine kullanılırlar (13). Yaşlanma, organizmanın hücrelerinden başlayarak dokular ve sistemler düzeyinde zamanla meydana gelen, geri dönüşü olmayan, yapısal ve işlevsel değişiklikleri kapsayan bir fizyolojik süreçtir. Bu süreç, organizmanın doğumundan ölümüne kadar bir dizi değişikliği içerir (14).

Yaşlanma sürecinin son aşaması “yaşlılık” olarak adlandırılmaktadır (14). DSÖ'nün 1998 yılında sunduğu raporda ise yaşlılık; engelliliklerinin artması ve başka kimselere daha bağımlı hale gelme şeklinde tanımlanmaktadır (15). Yaşlılığın başlangıcı seneler içinde, toplumlar arası hatta aynı toplum içerisinde cinsiyet, ekonomik şartlar, eğitim seviyesi, psikolojik ve fizyolojik yaşa göre de bireysel değişiklik göstermektedir (14). DSÖ yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstü kabul ederken, Birleşmiş Milletler (BM) ise 60 yaş ve üstü olarak kabul etmiştir (13). Gerontologlarsa yaşlılığı üç alt gruba ayırmaktadır. Genç yaşlılık olarak adlandırılan grup 65-74 yaş, orta yaşlılık olarak adlandırılan grup 75-84 yaş, ileri yaşlılık (ihtiyarlık) olarak adlandırılan grup ise 85 yaş üstünü kapsamaktadır (16). Yaşlanma, hayat boyu ilerleyen bir süreçken; yaşlılık, yaşlanma sürecinde belirli bir zaman sonra ulaşılan ayrı bir dönemi ifade eder (17).

### **2.2. YAŞLANMA SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİKLİKLER**

#### **2.2.1. Fizyolojik Değişiklikler**

Yaşlanma sürecinde vücuttaki pek çok sistemde fizyolojik değişimler meydana gelir. Bu değişimler bireyin çalışma ve günlük hayatını, başkalarına bağımlılığını, çevresiyle olan iletişimini etkilemektedir (18).

Fizyolojik değişiklikleri sistemsel başlıklarla inceleyecek olursak;

#### **Solunum sisteminde ortaya çıkan değişiklikler:**

Artan yaşla birlikte solunum kaslarında zayıflama, akciğer elastikiyetinde azalma ve göğüs duvarı sertliğinde artmaya bağlı olarak akciğer fonksiyonlarında azalma görülür. Bu değişiklikler gaz değişiminde, ventilasyonda, zorlu vital kapasitede, difüzyon kapasitesinde, ve respiratuar duyarlılıkta azalmalara neden olur (19). Yaş ilerledikçe solunum yolundaki azalan siliyaların havayolu sekresyonunu temizlemesi giderek zorlaşır ve enfeksiyonlara yatkınlık artar. Bu sebeple yaşlı bireylerde pnömoni gelişme ihtimali artar ve mortal seyredebilir (20, 21).

Kemoreseptörlerin hipoksiye olan sensitivitesinin azalması ve solunum kaslarına gelen uyarıların yetersizliğine bağlı olarak yaşlıda solunum sisteminin kontrolü, hipoksi ve hiperkapniye cevabı azalmıştır. Bundan dolayı Cheyne-stokes ve Uyku-apne sendromu solunumu yaşlılarda daha sık görülmektedir (22).

### **Kardiyovasküler sistemde ortaya çıkan değişiklikler:**

Kalpte yaşlanmayla ilişkili en belirgin yapısal değişiklik; miyokard hücre sayısı azalırken kalan hücre boyutlarındaki artışa bağlı olarak sol ventrikül duvar kalınlığının ve kalp ağırlığının artmasıdır. Ayrıca sol atriyumun boyutu artarken; koroner arterlerin esnekliği, aortanın vasküler tonusu ve genişleme yeteneği azalır. Damarlar ve özellikle aorta yaşlanma ile birlikte artmış kolajen ve azalmış elastin içeriği nedeniyle elastikiyetini kaybeder ve aortada sertleşme görülür. Büyük arterlerin elastikiyetindeki azalmaya bağlı sistolik kan basıncı artarken, diastolik basınç azalır ve nabız basıncı artar. Diastolik kan basıncındaki düşüş koroner perfüzyonu olumsuz yönde etkileyerek miyokard iskemisini tetikler. Artan yaşla beraber aort başta olmak üzere triküspit ve mitral kapaklardaki kalsiyum birikimi kapaklarda sertleşmeye yol açmaktadır. Bu değişimler sağlıklı yaşlılarda önemli işlevsel bozukluğa neden olmazken, mitral yetmezlik ve aort darlığına sahip yaşlılarda problemlere yol açabilmektedir (21, 23).

### **Endokrin sistemde ortaya çıkan değişiklikler:**

Yaşlanmayla birlikte tiroid bezinde hafif atrofi, fibrozisde artış, folikül boyutunda küçülme görülmektedir (24). Sağlıklı yaşlanan bireylerde TSH artarken, T3 azalır, T4 ise değişmez. Serum paratiroid hormon (PTH) düzeyi hafifçe artar. Artan yaşla beraber hipotalamo-hipofizer aks etkilenir. Folikül stimülan hormon (FSH), growth hormon (GH), insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1) ve lüteinizan hormon (LH) sekresyonu azalırken, adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve prolaktin düzeyleri değişmemektedir. Kadınlarda 45-55 yaş arasında overlerdeki foliküler aktivite sona ererek östrojen salınımı azalır. Erkeklerde testosteron seviyesi yaşlandıkça düşer. Pankreastan ilerleyen yaşla birlikte insülin sekresyonu artarken, insülin duyarlılığında azalma ve bunun neticesinde diyabete eğilimde artış görülür. Ayrıca melatonin salınımındaki sirkadyen ritimde bozulma görülür (21).

### **Gastrointestinal sistemde ortaya çıkan değişiklikler:**

Oral kavitede tükürük sekresyonu ve tat tomurcukları yaşlanmayla birlikte azalır. Alt özofagus sfinkter basıncında azalmaya bağlı mide içeriğinin özofagusa reflüsünde artış görülür. Mide elastisitesinde, sekretuar yüzeyde, gastrik sekresyonlarda, mide boşalmasında azalma ve gastrik atrofi görülür. Rektum duvarının elastikiyetinde, iç anal sfinkter tonusunda, mukus

salgıda kayıp, kas atrofisi ve mukusla kaplı yüzeyde atrofi görülür. İnce bağırsak villuslarında incelmeye ve epitelyal hücrelerde azalma saptanır. Bunların sonucunda yaşlılıkta rektal inkontinans, inkomplet boşalım ve konstipasyon sorunları ortaya çıkar. Toplam karaciğer ağırlığı, karaciğer hücre sayısı, rejenerasyon kapasitesi, karaciğer kan akımı ve enzim seviyeleri azalır. Bunlara bağlı olarak yaşlılıkta ilaç klirensinde de azalma görülür (25).

### **Genitoüriner sistemde ortaya çıkan değişiklikler:**

İlerleyen yaşa bağlı böbrek kütlesi ve glomerül sayısı azalır. Glomerüller lobülasyonun azalması ve sklerotik değişiklikler, filtrasyon için gereken yüzey alanını küçülterek renal fonksiyonda ve glomerüller filtrasyon hızında (GFR) görülen yaşa bağlı düşüşe sebep olur. Yaşlandıkça kreatinin klirensi, mesane kapasitesi, detrusor kas kasılma ve idrar tutabilme kabiliyeti azalır (21). Kadınlarda menopoza sonrası dönemde östrojen kaybına bağlı vajinal mukozal yüzeylerde ve üriner sistem epitelinde atrofi gözlenir. Ürogenital atrofi sonucu vajinal stenoz, pruritis, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, inkontinans, dispareni ve vajinit ortaya çıkmaktadır (26). Erkeklerde ise; ereksiyon bozukluğu, testosteron düzeyinde azalmaya bağlı olarak kas gücünde azalma, libido kaybı ve bunların sonucunda cinsel fonksiyon bozukluğu görülmektedir (27).

### **Kas iskelet sisteminde ortaya çıkan değişiklikler:**

Kas liflerinin miktar ve boyutunda, kapiller sayısında azalma, bağ doku miktarında ve interstisyel boşluklarda artma görülür. Bu değişiklikler patolojik seviyeye ulaştığında “sarkopeni” olarak isimlendirilir. Kemiklerin mineral içeriğinde ve kütlesinde azalış, kemik yapıda değişiklikler ve kemik iliğindeki yağ içeriğinde artış görülür. Tüm bunlar fraktür riskinde artışa ve kırık onarım kapasitesinde azalmaya sebep olur. Yaş arttıkça osteoblastların miktarı ve proliferasyonunda azalma olurken, osteoklastların miktarı ise artar ve osteoblast-osteoklast dengesi bozulur. Kemik rezorpsiyonunun artması sonucu görülen kemik mineral dansitesindeki kayıp, osteopeniye ve osteoporozaya sebep olur (21).

### **Nörolojik sistemde ortaya çıkan değişiklikler:**

Yaşlanma nörolojik sistemde biyokimyasal, yapısal ve işlevsel birçok değişikliğe neden olmaktadır. Beyin hacmi 40 yaşından sonra giderek azalmaktadır. Bu azalma daha çok gri cevherde gerçekleşmekte ve nöron ölümlerine bağlı görülmektedir (21). Yaşla birlikte monoaminerjik ve dopaminerjik iletimde bariz bir azalma izlenir. Bunun sonucunda yaşlıların depresyona ve ekstrapiramidal yan etkilere meyli artar. Yaşlanmayla beyinde aterosklerozaya yatkınlık artar ve beyin kan akımı yaklaşık yüzde yirmi azalır. Bu durum inme olasılığında

artmaya ve kognitif fonksiyonlarda azalmaya neden olabilmektedir. Hafızada, plan yapmada, işlem hızında ve öğrenmede güçlük izlenir. Ancak yaşanan bu güçlükler, yaşlıların gündelik hayatına etki edecek kadar belirgin olmamaktadır (28).

### **Duyu organlarında ortaya çıkan değişiklikler:**

Yaşlanma ile birlikte deride ince ve derin kırışıklıklar, kserozis, deri elastikiyetinin yitilmesi sonucu gevşeme/sarkma ve benign neoplaziler izlenir. Fotoyaşlanma, ultraviyole etkisiyle görülen değişiklikleri içermektedir. Fotoyaşlanmaya bağlı deride solgunluk, pigmente lekeler, aktinik purpura, telenjiektazi ve benign-malign deri lezyonları görülebilir. Yaşlı bireylerde ter bezi miktarı ve sekresyonunun azalması sonucu terleme azalır (29). Göz kapaklarında cilt altı yağ dokusu ve tonus kaybına bağlı büzüşme ve sarkmalar, ektropiyon ve intropiyon görülebilir. Gözyaşı sentezindeki azalma göz kuruluğuna yol açarken, gözyaşı bezinin içe kayması sonucu gözlerde yaşarma da olabilmektedir (21). Yaşa bağlı pupilla küçülür ve ışığa olan yanıtı azalır. Bunun sonucunda bireyler loş ışıkta görmekte zorlanırlar. Göz merceği elastikiyetini kaybetmeye başlar. Sonuçta, yaşla birlikte yakın görmede zorluk yaşanır. Normalde saydam olan merceğe sararmaya başlar ve sonucunda renk algılamasında ve kontrast duyarlılıkta azalma ortaya çıkar (30). Orta kulak kemikçiklerindeki kalsifikasyon, kulağa giden damarların ve kulak zarının elastikiyetlerindeki kayıp sonucu işitme kaybı meydana gelmektedir. Olfaktör nöronların atrofi sonucu koku/tat alma duyusu azalır (21).

### **2.2.2. Psikososyal Değişiklikler**

Yaşlanmanın kendine özgü doğal süreci içerisinde, fiziksel değişimlerin yanı sıra psikolojik ve bilişsel değişimler de yaşanmaktadır (31). Yaşlılığın psikolojik boyutu incelendiğinde bu dönemin bir takım bilişsel değişimler (beceri, dikkat, öğrenme, hafıza, akıl yürütme) ve ruhsal farklılaşmalarla (içer kapanma, geçmişe duyulan özlem, birtakım değerlerin yok olduğu yönünde görüşler, duygusal doyumsuzluk, yaşamdan zevk alamama) dolu olduğu görülmektedir. Ancak bu değişimler yaşlı sınıfına giren her birey için aynı düzeyde olmayıp, içinde bulunulan ortama ve şartlara göre şekillenip tamamıyla yeni bir boyut kazanmaktadır (32).

Yaşlanmayla algıda azalma ve dikkatsizlik ortaya çıkar ve bunlara düşünmede yavaşlama gibi bazı zihinsel değişiklikler de eklenir. Bu durum kişilik özelliklerinde değişim ve uyum sorunu yaratabilir. Yeniliklerden korkabilirler. Değişen durumlara adaptasyonun zor hale gelmesi yaşlıda ruhsal çöküntüye sebep olur. Yaşlı bireyde fiziksel kayıplara bağlı yetersizlik duygusu ve bu nedenle başka kimselere yük olma kaygısı ve bir işe yaramıyorum huzursuzluğu ortaya çıkar. Ayrıca, yaşlı kişi günden güne sağlığının bozulduğu endişesini taşır

ve bir takım trajik ortamlardan kaçınma davranışı sergiler. Gelecekte ne olacağı, ortada kalacağı kaygısı ile aşırı tutumlu hale gelirler. Bedensel kusurlar ve meydana gelen değişiklikler her bireyde farklı algılanabilir. Bu durum bireyin kabul ediş biçimi ve birtakım endişeleriyle kendini izole etmesine yol açıp, toplumdaki kendini soyutlama boyutuna erişebilir. Bireyin sosyal rolünde, özgüveninde ve otoritesinde kayıplar yaşanabilir ve bu kayıplar yetersizlik, işe yaramama ve biçarelik duygularını ortaya çıkarır. Bunların ötesinde ise, yalnızlık, başkalarına muhtaç olma ve ölüm korkuları belirlemektedir (31).

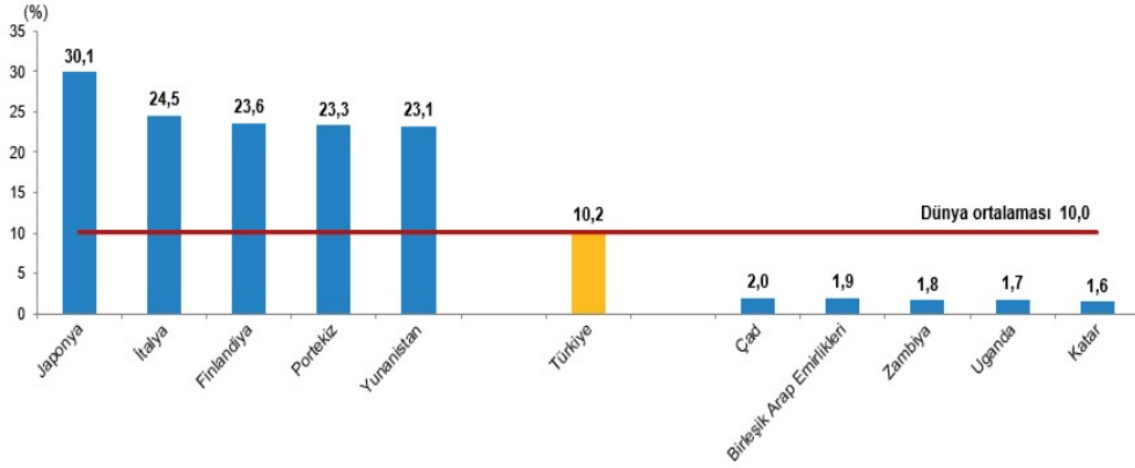
Yaşlı bireylerin eşi, aile üyeleri ve arkadaşları tarafından sağlanan sosyal destek sisteminin varlığı, ruhsal sağlığa olumlu yönde etki etmektedir. Artan yaşla beraber hayatın her alanında çeşitli kayıplar vermek, ilgi göstermeyen evlatlar, yaşlılığı “sona gelinmiş bir dönem” olarak kabul etme ve çoklu sağlık problemlerinin olması gibi sebepler ise ruhsal sağlığa negatif yönde etki etmektedir. Bu yüzden yaşlılarda, uykusuzluk, depresyon, demans, deliryum, ölüm korkusu ve anksiyete gibi birçok psikiyatrik sorun görülmektedir (33).

Yaşlılar psikiyatrik semptomlarını özellikle inkar edebilir ya da hekime daha az dile getirebilirler. Ayrıca, yaşlı bireylerin sahip olduğu kronik hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar psikiyatrik semptomlarını maskeleyebilir. Yaşlı hastalarla sık karşılaşan doktorların ruhsal durum muayenesi esnasında daha aktif rol almaları, anamnezde aileden hasta hakkında daha çok bilgi almaları ve mevcut diğer kronik hastalıklarıyla beraber hastayı bir bütün olarak değerlendirmeleri gerekmektedir (14).

## **2.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılar**

### **2.3.1. Dünyada Yaşlılar**

Birleşmiş Milletler dünya nüfus tahminlerine göre 2023 yılı için dünya nüfusunun 8 milyar 45 milyon 311 bin 448 kişi, yaşlı nüfusun ise yaklaşık 808 milyon kişi olduğu tahmin edilmiştir. Bu tahminler ışığında yaşlı nüfus dünya nüfusunun %10’unu oluşturmaktadır. Yaşlı nüfus oranı en yüksek ilk üç ülke sırasıyla %30,1 ile Japonya, %24,5 ile İtalya ve %23,6 ile Finlandiya olmuştur. Ülkemiz ise %10,2 ile 184 ülke arasında 6. sırada yer almıştır (5).



Kaynak: Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri, 2023  
TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2023

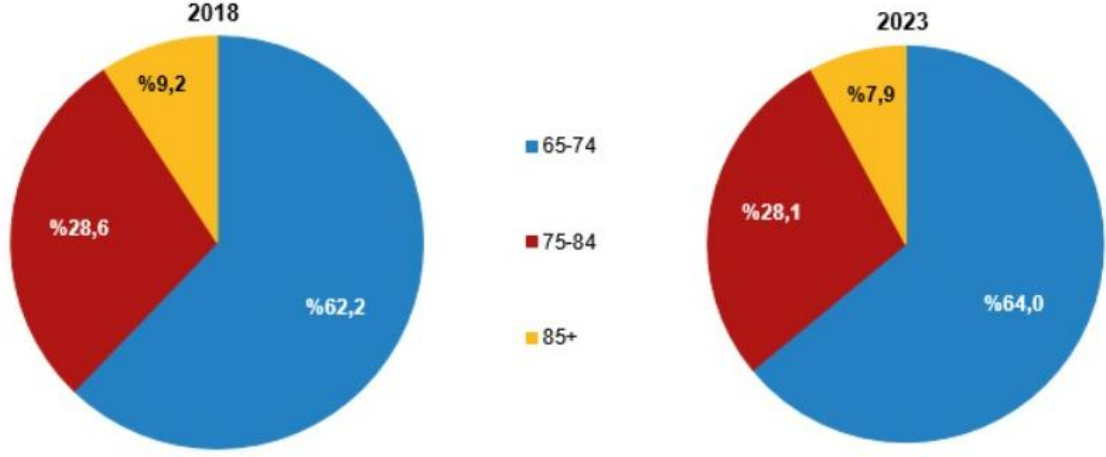
### Şekil 1. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu beş ülke

Birleşmiş Milletler Sosyal 2023 raporu sonuçlarına göre 2050 yılında yaşlı nüfusunun 1,6 milyarı geçmesi beklenmektedir. Otuz yıl içinde yaşlı nüfusunda en fazla artışın Kuzey Afrika, Batı Asya ve Sahra altı Afrika'da olacağı düşünülmürken, günümüzde yaşlı nüfus oranının Kuzey Amerika ve Avrupa'da en yüksek olduğu görülmüştür (34).

### 2.3.2. Türkiye'de Yaşlılar

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 verilerine göre; yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve üzeri yaştaki nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21,4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı ise 2018 senesinde %8,8 iken, 2023 senesinde %10,2'ye yükselmiştir. Yaşlı nüfusun 2023 senesinde, %55,5'ini kadınlar, %44,5'ini erkekler oluşturmuştur. Nüfus çalışmalarına göre yaşlı nüfus oranının 2030'da %12,9, 2040'ta %16,3, 2060'da %22,6 ve 2080'de %25,6 olması beklenmektedir (5).

Yaşlı nüfus yaş grubu dağılımına göre incelendiğinde, 2018'de yaşlı nüfusun %62,2'sinin 65-74 yaş aralığında, %28,6'sının 75-84 yaş aralığında ve %9,2'sinin 85 ve daha üzeri yaş grubunda yer aldığı görülürken, 2023 yılında ise %64'ünün 65-74 yaş aralığında, %28,1'inin 75-84 yaş aralığında ve %7,9'unun 85 ve daha üzeri yaş grubunda yer aldığı görülmüştür. 100 yaş ve üzerindeki yaşlılar, yaşlı nüfusun %0,1'ini oluşturmaktadır ve 2023'de 6 bin 609 kişi olmuştur (5).



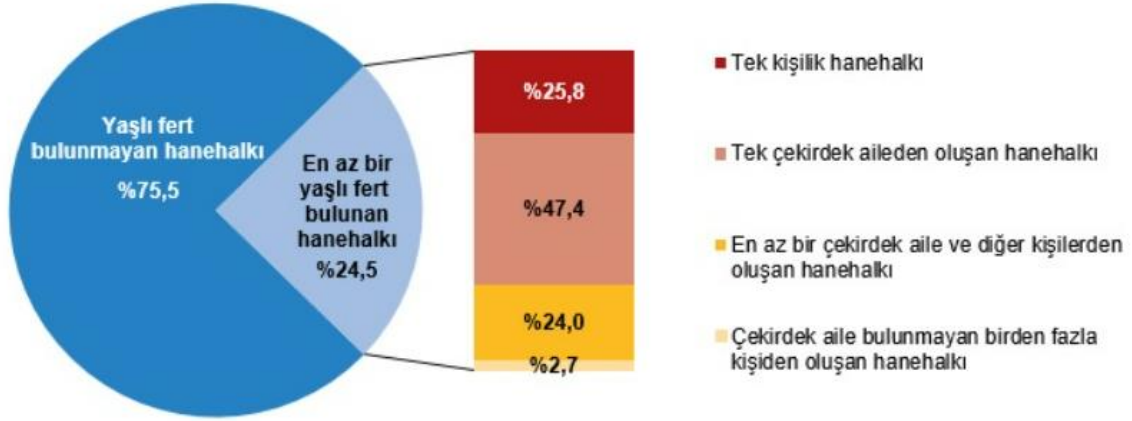
Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2018, 2023

**Şekil 2. Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı,2018,2023**

Çalışma çağındaki her yüz kişiye düşen yaşlı sayısı olarak ifade edilen yaşlı bağımlılık oranı ise 2018 senesinde %12,9 iken bu oran 2023 senesinde %15'e yükselmiştir. Nüfus çalışmalarına göre, yaşlı bağımlılık oranının 2030'da %19,6, 2040'da %25,3, 2060'da %37,5 ve 2080'de %43,6 olması beklenmektedir (5).

Ülkemizde 2023 yılında toplam yaklaşık 26,5 milyon haneden yaklaşık 6,5 milyonunda yaşlı nüfus olarak tanımlanan, 65 ve daha üzeri yaşta en az bir fert bulunduğu görülmüştür. Başka bir ifadeyle, hanelerin yaklaşık dörtte birinde en az bir yaşlı fert yaşadığı belirlenmiştir (5).

En az bir yaşlı fert bulunan yaklaşık 6,5 milyon hanenin 1 milyon 669 bin 270'ini yalnız başına yaşayan yaşlı fertler oluşturmaktadır. Bu hanelerin %74,4'ünde yaşlı kadınlar, %25,6'sında ise yaşlı erkekler yaşamaktadır (5).



Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2023

Şekil 3. Hanehalkı tiplerine göre yaşlı nüfus oranı, 2023

#### 2.4. Yaşlı Ayrımcılığı

Yaşlı ayrımcılığı kavramı ilk kez 1969'da Amerika Ulusal Yaşlılık Enstitüsü Başkanı Robert Butler tarafından kullanılmıştır. Yaşlı ayrımcılığını Butler “yaşlı insanlara yönelik ırk ve cinsiyet ayrımcılığı gibi eyleme dönüşen bir ayrımcılık türü” şeklinde tanımlamıştır (35). Amerikalı gerontolog Erdman Ballagh Palmore ise yaşlı ayrımcılığını “ileri yaştaki bireylere yönelik önyargının, tutum ve davranışlar aracılığıyla ifade edilmesi” şeklinde tanımlamıştır (36). Psikolog R. Levy 2001 yılında yaşlı ayrımcılığının yalnızca bir grubun diğer bir gruba karşı uyguladığı ayrımcılıktan ibaret olmadığını belirtmiştir. Yaşlıların yaşamları boyunca yaşlı ayrımcılığı ile ilgili negatif düşünceleri içselleştirerek, hem kendilerine hem de çevresindekilere karşı bakış açılarının olumsuz yönde değişebildiğini ifade etmiştir (37).

Yaşlı ayrımcılığı, diğer ayrımcılık türlerinden farklılık göstermektedir. Örneğin; ırk, cinsiyet ayrımcılığına yönelik tutum ve davranışları bulunan bir birey, kendi ırkının veya cinsiyetinin değişmeyeceğinin farkındadır. Fakat yaşlı ve yaşlılığa yönelik negatif yönde yargı ve davranışlara sahip bir birey, yaşam çizgisinin ilerlemesiyle beraber kendisinin yaşlanacağını ve erken yaşta ölmediği müddetçe tüm yaş gruplarından geçeceğini bilmektedir (38).

Yaşlı ayrımcılığı, üç ayrı boyuta sahip çok yönlü bir kavram olup, tek bir davranış kalıbı olarak ele alınmamalıdır. Bilişsel (klişe veya stereotipler), davranışsal (ayrımcılık yapmak) ve duygusal (ön yargılar) boyutları vardır. Bu boyutlar, bireylerde bilinçli ya da bilinçsiz olarak görülebilir. Bireyin sahip olduğu bilinç dışı olumsuz duygu ve düşünceleri davranışına

yansımasa bile, bu yaşlı ayrımcılığıdır. Bu bilinç dışı durum, kişinin yaşlılarla olan iletişimini etkiler (39).

Toplumda yaşlı ayrımcılığı mikro düzey (bireysel), mezo düzey (sosyal ilişkiler) ve makro düzey (kurumsal ve kültürel) olmak üzere üç düzeyde görülebilmektedir. Bireylerin kendilerinden daha yaşlı kişileri güçsüz ve kısıtlanmış olarak görme eğiliminde olmaları, kendi yaşlanmalarını bile olumsuz değerlendirmeleri mikro düzeydeki yaşlı ayrımcılığıdır. Sağlık sektöründe yaygın görülen, yaşlı bireyin tedavi sürecine genç birey kadar dahil edilmemesi, daha az seçenek sunulması, dayatmacı üsluplar kullanılması gibi ayrımcılıklar mezo düzeyde yaşlı ayrımcılığı olarak görülebilir. İşverenlerin yaşlı bireyleri maliyeti yüksek, verimliliği düşük çalışanlar olarak görmesi, yaşlı bireylerin iş arama süreçlerinin uzun ve zorlu olması ise kurumsal olarak karşılaşılan makro düzeyde yaşlı ayrımcılığına örnektir (40, 41).

#### **2.4.1. Sağlık Alanında Yaşlı Ayrımcılığı**

Toplum yaşlandıkça yaşlı nüfusun ihtiyaçları değişime uğramakta, sağlık bakım ve sosyal hizmet ihtiyaçları artış göstermektedir. Yaşlı bireylerin çoğu birden fazla sağlık sorunuyla aynı anda mücadele etmektedir. Bunun sonucunda sağlık kurum ve kuruluşlarına daha çok başvuru yapmakta ve daha uzun süre hastanede yatırılmaktadırlar. Ülkemizdeki yaşlıların %90'ının en az bir kronik hastalığı olduğu ve bunların %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin ise dört ve üzeri kronik hastalığa sahip olduğu bildirilmektedir (42).

Sağlık hizmetleri; içerisinde doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi birçok sağlık görevlisinin bulunduğu ekip tarafından sunulmaktadır. Son zamanlarda sağlık bakım hizmetinin verildiği bütün alanlarda yaşlılara karşı ayrımcı tutum sergilendiği görüşü hakimdir. Yaşlı ayrımcılığının temel nedenlerini sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere yönelik kendi ön yargıları, değerleri, algıları ve inançları oluşturmaktadır. Sağlık bakım profesyonellerinin, yaşlı hastaların bakımına dair yeterli eğitim almaması yaşlılara önyargılı davranmasına neden olabilmektedir. Yine sağlık personelinin yaşlı bireyin öğrenme ve bilme hakkına sahip olduğunu düşünmesine rağmen, yaşlı insanların yeni bilgiyi anlamaları veya öğrenmeleri için yaşlı olduklarını düşünmesi de ayrımcılığa neden olmaktadır (43).

Sağlık çalışanları tarafından, yaşlı bireyler genelde “yatağı işgal eden, hastanede uzun süreli yatışı gereken ve hastanenin etkinliğini azaltan” ve tedavi olma ihtimalleri düşük olduğundan sağlık sistemi içerisinde “başarı şansı minimal” bir grup olarak algılanmaktadır (44).

Sağlık hizmetlerinden en fazla yararlananların yaşlılar olduğu inancı yaygındır. Sağlık hizmeti sunanlar yaşlı hastaların kronik problemleriyle uğraşmaktansa, genç hasta grubunun akut sağlık problemleriyle ilgilenmeyi seçmektedirler (45) .

Yapılan çalışmalarda yaşlıların sıkça sağlık çalışanları tarafınca umursanmadığı, hastalıklarının sebebi olarak ise hastaların yaşlarının öne sürüldüğü gözlenmektedir. Yaşlı bakımının sağlık personelinin çalışma alanı seçiminde popüler olmadığı ve düşük statüde iş olarak değerlendirildiği görülmüştür. Ayrıca doktorların, yaşlı hasta grubuyla konuşurken daha az saygı ve ilgi gösterdikleri, yaşlı hastalara bilgi verirken bilgileri basitleştirdikleri, daha az detaylı bilgi sağladıkları, daha az süre ayırdıkları ve bilgileri hastanın kendisi yerine ailesine aktardıkları belirtilmektedir (46).

#### **2.4.2. Aile Hekimliğinde Yaşlı Ayrımcılığı**

Aile hekimliği sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Aile hekimleri, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bu bakımı, hastalarının otonomisine saygı göstererek kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında verir. Yetenek ve değerlerini etkin ve güvenli bir sağlık bakımı sunmak üzere geliştirmekle yükümlüdür. Aynı zamanda topluma yönelik de mesleki yükümlülük taşır. Hastaların yineleyen temaslarıyla oluşan güveni ve kümülatif bilgiyi kullanarak, psikolojik, fiziksel, toplumsal, varoluşsal ve kültürel etmenleri de iletişimine ekleyerek hastalarının rahatsızlıklarını yönetirler (47).

Aile hekimliğinin bütüncül bakış açısı, yaşlı sağlığında büyük önem arz etmektedir. Yaşlı hastalar yalnızca bir organ ve sistemle ilgili düşünülmeyp, ruhsal ve sosyal yapılarıyla beraber bir bütün olarak değerlendirilir. Yaşlılık döneminde bu yaklaşım hastalık ve tedavilerin etkin yönetimine imkân sağlamaktadır. Yaşlı nüfusun artmasıyla kapsamlı sağlık taramaları, kronik hastalık izlem ve bakımı aile hekimleri için giderek önemli hale gelmektedir. Ayrıca aile hekimliği uzmanlık eğitimi esnasında geriatri eğitimi verilmesinin yaşlı sağlığı hizmet sunumunu geliştireceği belirtilmektedir (48).

#### **2.5. Tıpta Geriatri Eğitiminin Yeri**

Gelişmekte olan ülkelerde de tıpkı gelişmiş ülkelerdeki gibi yaşlı sayısı gittikçe artmaktadır. Morbidite ve mortalite paternlerindeki değişime paralel olarak, sunulan sağlık hizmetlerinde düzenlemeler yapılması, hekimlerin yaşlı popülasyonun gereksinimlerini en mükemmel biçimde karşılayabilmek adına gereken eğitimi alması, buna yönelik üniversite hastanelerinde geriatri ve gerontoloji yan dallarının oluşturulması için akademik kadrolara destek sağlanması gerektiği düşünülmektedir (49).

## **2.6. Empati**

### **2.6.1. Empati Kavramı**

Empati, Yunan dilindeki “empathia” kelimesinden köken almaktadır. Etimolojik olarak “em” ekinin karşılığı “..in içinde, içerde” ; “pathia” ekinin karşılığı ise “hissetme” şeklindedir. Alman filozof Theodor Lipps empatiyi Alman dilinde “Einfühlung” sözcüğünün karşılığı olarak kullanmıştır. Lipps, Einfühlung’u “Bir insanın kendisini karşısındaki bir nesneye yansıtması, kendini onun içinde hissetmesi ve bu yolla o nesneyi içine alarak/özümseyerek anlaması sürecidir” şeklinde tanımlamıştır. Almanca’da empatiye karşılık kullanılan “Einfühlung” kelimesi, bir başkasının yerine geçebilme yetisi manasına gelmektedir (50).

Günümüzde genel kabul gören empati tanımı Psikolog Carl Rogers tarafından yapılmıştır. Carl Rogers’ın tanımına göre empati “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 sürecidir” (51).

### **2.6.2. Empatinin Bileşenleri**

Günümüzde empatinin, hem afektif (duygusal empati) hem de bilişsel (bilişsel empati) süreçlerin katkısıyla ortaya konan, birden fazla boyutu olan bir yeti olduğu kabul görmektedir. Bilişsel empati; en basit düzeyde diğer bireyin emosyonel durumunu doğru biçimde değerlendirme, karmaşık düzeyde ise olayları diğer bireyin perspektifinden değerlendirebilme manasına gelmektedir. Duygusal empati ise diğer bireyin yaşadığı duyguyu içselleştirebilme ve diğerinin emosyonel durumuna en uygun tepkiyi gösterebilme manasına gelir (51).

### **2.6.3. Aile Hekimliğinde Empatik İletişim Becerisi**

Hekimlik mesleğinde empati “hastanın durumunu, bakış açısını ve duygularını anlama ve bu anlayışı hastaya aktarabilme yetisi” olarak tanımlanmıştır (52). Hekim ve hasta arasındaki ilişkide, empati büyük ölçüde önem arz etmektedir. Sorunun tanımı ve çözümlenebilmesi açısından hekimin görüşmeler esnasında edindiği izlenim oldukça önemlidir. Bu görüşmeler klinik çalışmanın temelini oluşturur. Doktorun eğitimi, bilgi birikimi ve deneyimi kadar, empati becerisi de etkili bir görüşme yapabilmek için önemlidir. İletişim becerisi iyi olan hekimler, hastalarının problemlerini daha doğru bir biçimde ortaya koyup, hastalarının uyum ve memnuniyetini daha fazla sağlayabilmektedir. Ayrıca iyi iletişim becerisine sahip hekimlerin mesleki memnuniyetleri artarken, iş stresleri azalabilmektedir (53).

Birinci basamağa başvuran hastalar aile hekimleriyle güvene dayalı bir iletişim kurabilmek amacıyla onlardan kendilerine iyi davranmalarını, kendileriyle empati kurulmasını, duygu ve düşüncelerini anlamalarını beklemektedir (54).

Empatik iletişim tıp eğitimi esnasında öğrenilmesi gereken bilgi, beceri ve tutumların entegrasyonunu gerektirmektedir. Mezuniyet sonrası verilecek eğitimler ile geliştirilmeye devam edilmelidir (55). Türkiye’de 2014 senesinde yapılan Çekirdek Eğitim Programı çalışmaları sonrası, iletişim becerileri eğitimi pek çok tıp fakültesinin yeterlikleri arasına girmiş olup, tıp fakültesi müfredatına ve aile hekimliği sertifikasyon eğitimi programına eklenmiştir (56).

## **2.7. Empati ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutumu**

Empatinin toplumda iletişim kalitesini artıran önemli belirleyicilerden biri olduğu bilinmektedir. Mesleki olarak hastalarla sürekli birebir iletişim halinde olan hekimler ve tüm sağlık çalışanlarının bu konuda yetkin olması önem arz etmektedir (57). Hasta ve doktor arasında ideal ilişki kurulması için; doktorun empati ve özen göstermesi, hastalık yerine hasta odaklı olması, hastaya etkin biçimde kulak vermesi, insancıl ve sorumlu davranması, saygı ve merhamet duyması önerilmektedir (56).

Yaşlı hastalarda iletişim süreci normal kişilerle iletişime kıyasla daha karmaşık olabilmektedir. Yaşlanma sürecinde işitme kaybı, yakın bellekte gerileme, bilginin işlenmesinde yavaşlama, motor becerilerin azalması, hareketlerde yavaşlama, emeklilik, ailede ve yakın akrabalarda verilen kayıplar sebebiyle yaşlılarla iletişim zorlukları yaşanabilir. Bunlara ek olarak; hekimin uzaktan konuşması, hastayla göz kontağı kurmaması, tıbbi terim kullanması, hastanın anlayıp anlamadığını fark etmemesi, ağzında maskeyle konuşması, konuşurken ses tonuna dikkat etmemesi, hastanın işitme kaybı olup olmadığını fark etmemesi ve işitme sorunu olan hasta ile iletişiminin yetersiz kalması gibi birtakım olumsuz tutum ve davranışlar yaşlılarla iletişimi daha da zorlu hale getirmektedir (58).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma 01.09.2023-01.02.2024 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bu araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihte Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesi dahili ve cerrahi bölümlerde görev yapan toplam 594 araştırma görevlisi oluşturmaktadır. Evreni bilinen örneklem hesabı %5 hata payı, %95 güven aralığı ile yapılarak 234 araştırma görevlisi hekimin çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Gönüllülük temelinde 250 araştırma görevlisi anketi cevapladı ve eksik doldurulan on anket çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak 240 araştırma görevlisi hekimin verileri çalışmaya dahil edildi.

#### **3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri**

1. Ana dili Türkçe olmayan araştırma görevlileri
2. Temel bölümlerde görev alan araştırma görevlisi hekimler (Sayılarının az olması ve hastalarla birebir iletişim halinde olmamaları nedeniyle)

#### **3.4. Etik Kurul Onayı**

Çalışma 01.09.2023 tarih 2023/4480 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu onaylıdır.

#### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Çalışmaya katılmayı kabul eden araştırma görevlisi hekimlere üç bölümden oluşan anket formu uygulanarak veriler toplandı (EK-1). İlk bölümde araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, ikinci bölümde; Jefferson Hekim Empati Ölçeği-Sağlık Profesyonelleri versiyonu (JSPE- HP versiyonu) ve üçüncü bölümde; Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) yer aldı.

##### **3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Literatürde konu ile ilgili yapılmış çalışmaların incelenip, analiz edilmesi sonucu katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve yaşlı ayrımcılığı ile ilgili düşüncelerini belirlemeye yönelik hazırlanmış olan bu formda 11 soru bulunmaktadır. Bunlar; yaş, cinsiyet, çalışılan bölüm, asistanlıkta geçirilen süre, en uzun süre yaşanan yer, aile yapısı, yaşlı bireyle yaşama durumu, yaşlı bireyle yaşıyorsa kim olduğu, gelecekte ebeveynleriyle yaşama isteği, daha önce huzurevini ziyaret edip etmediği, daha önce geriatri eğitimi alıp almadığı ile ilgili sorulardır.

### 3.5.2. Jefferson Hekim Empati Ölçeği

Jefferson Hekim Empati Ölçeği (JSPE); tıp eğitimi ve uygulamasında empatinin değerlendirilebilmesi için 2001’de Hojat tarafından geliştirilmiştir (59). JSPE, 20 maddeden oluşmaktadır ve yedili Likert tipi formatında yanıtlanmaktadır. Ölçeğin ilk 10 maddesi pozitif ifadelidir ve direkt olarak puanlandırılırken, ikinci 10 maddesi negatif ifadelidir ve puanlamalar tersine çevrilerek yapılmaktadır. Jefferson Empati Ölçeği’nin üç versiyonu bulunmaktadır. 1) HP versiyonu (Health Professionals version): Doktor, hemşire, eczacı, diş hekimi gibi sağlık hizmeti sunucuları için geliştirilmiştir. 2) S versiyonu (Student version): Tıp öğrencileri için geliştirilmiştir. 3) HPS versiyonu (Health Professions Student version): Tıp dışı sağlık meslekleri öğrencilerine yönelik hazırlanmıştır. Bu üç versiyon birbirleriyle küçük farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklardan biri, uygulandıkları çalışma popülasyonuna uygun olacak şekilde maddelerdeki bazı sözcüklerin değiştirilmiş olmasıdır (59, 60). Bu çalışmada HP versiyonu (Health Professionals version) kullanılmıştır.

Teke ve ark.’nın 2010 yılında yaptığı JSPE-HP versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında orijinal ölçekten farklı olarak beşli Likert formatı kullanılmıştır. İki alt boyuttan ve toplam 20 sorudan oluşan ölçeğin olumlu ifadeleri içeren ilk on maddesi “yerine koyma” alt boyutu olup, diğer maddeler olumsuz ifadeleri içeren “duygusal yaklaşım” alt boyutunu oluşturmaktadır. Faktörlerin güvenilirlik analizinde Cronbach alfa değerleri birinci alt boyut için 0,921, ikinci alt boyut için 0,771 bulunmuştur. Olumlu maddelerin puanlaması direkt yapılmakta olup (kesinlikle katılmıyorum=1; kesinlikle katılıyorum=5 puan) olumsuz maddeler tersine çevrilerek puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 20, en yüksek 100 puan alınmaktadır. Alınan puanlar arttıkça hekimlerin empati düzeyi artmaktadır (61).

### 3.5.3. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ), 2008 yılında Vefikuluçay ve Terzioğlu tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik analizinde yüksek iç tutarlılığa (Cronbach alfa=0,80) sahip olduğu bulunmuştur. Ölçek beşli Likert yapısında 23 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin yaşlı ayrımcılığı tutumunu belirleyen; yaşlının yaşamını sınırlama, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık ve yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık olmak üzere üç ayrı alt boyutu mevcuttur.

**1. Boyut Yaşlının Yaşamını Sınırlama:** Toplumun yaşlı bireyin sosyal yaşamını sınırlamaya ilişkin inanç ve algılarıdır. Bu boyuttan elde edilebilecek, minimum puan “9”, maksimum puan ise “45” dir ve 1,5,12,14,17,19,21,22,23 no’lu maddeler bu boyutu tanımlar.

**2. Boyut Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık:** Toplumun yaşlı bireye yönelik olumlu inanç ve algıdır. Bu boyuttan alınabilecek minimum puan “8”, maksimum puan “40” dır ve 2,4,6,8,9,13,20 no’lu maddeler bu boyutta yer alır.

**3. Boyut Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık:** Toplumun yaşlı bireye yönelik olumsuz inanç ve algıdır. Bu boyuttan alınabilecek minimum puan “6”, maksimum puan ise “30” dur ve 3,10,11,15,16,18 no’lu maddeler bu boyuta dahildir.

Ölçek soruları 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Olumlu tutum maddeleri; 2, 4, 6, 7, 8, 9, 13, 20 ve 23.maddelerdir. Olumsuz tutum maddeleri ise; 1, 3, 5, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21 ve 22. maddelerdir. Olumlu tutum sorularına verilen yanıtlara göre puanlama; kesinlikle katılmıyorum=1 puan, katılmıyorum=2 puan, kararsızım=3 puan, katılıyorum=4 puan, kesinlikle katılıyorum=5 puan şeklindedir. Buna karşın olumsuz tutum sorularına verilen yanıtlar ise ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan “23”, maksimum puan ise “115” tir. Ölçek ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça yaşlılara yönelik tutum daha olumlu olmaktadır (62).

### **3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile; nümerik değişkenler ikili gruplarda Student-t testi, çoklu gruplarda One-way ANOVA testi ile değerlendirildi. Gruplar arası farkın olduğu durumda Post-Hoc Tukey testleri ile anlamlılık değerlendirildi. İstatistiksel olarak  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edildi. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,000-0,249 arası ise zayıf, 0,250-0,499 arası ise orta, 0,500-0,749 arası ise güçlü, 0,750-1,000 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

Anket formunu eksiksiz dolduran 240 araştırma görevlisi hekimin verileri analiz edildi.

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma görevlisi hekimlerin yaş ortalaması  $28,65 \pm 3,86$  (min=24; maks=53) yılıdır. Katılımcıların yaşları genel yaş dağılımına göre 28 yaş ve altı ile 29 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldı. Katılımcıların %60,4'ü kadın (n=145) idi. Hekimlerin %79,2'si (n=190) yaşamlarının çoğunu il merkezinde geçirmişti. Katılımcıların %84,62'si (n=203) çekirdek ailede büyümüşü. Araştırma görevlilerinin %75'i dahili bölümde (n=180), %25'i cerrahi bölümde (n=60) çalışmaktaydı. Hekimlerin asistanlıkta çalışma sürelerinin ortancası 18 (min=1; maks=66) aydır. Çalışma sürelerinin dağılımına göre 1,5 yıl ve altı ile 1,5 yıl üzeri olarak gruplandırıldı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çalıştıkları bölümle ilgili veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çalıştıkları bölümle ilgili veriler**

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	145	60,4
Erkek	95	39,6
<b>Yaş</b>		
28 yaş ve altı	130	54,2
29 yaş ve üzeri	110	45,8
<b>En uzun süre yaşamlan yer</b>		
İl	190	79,2
İlçe/Köy/Kasaba	50	20,8
<b>Büyüdükleri aile yapısı</b>		
Çekirdek	203	84,6
Geniş	37	15,4
<b>Çalışılan bölüm</b>		
Dahili	180	75,0
Cerrahi	60	25,0
<b>Asistanlıkta geçirilen süre</b>		
1,5 yıl ve altı	130	54,2
1,5 yıl üzeri	110	45,8
<b>TOPLAM</b>	<b>240</b>	<b>100</b>

Araştırma görevlilerinin %72,5'i (n=174) yaşlı bir bireyle birlikte hiç yaşamamıştı. Yaşlı bireyle yaşayan [n=66 (%27,5)] hekimlerin %15'i (n=36) nenesiyle birlikte, %8,8'i (n=21) nene ve dedesiyle birlikte, %3,7(n=9) dedesiyle birlikte yaşamaktaydı. Hekimlerin %71,7'si (n=172) gelecekte ebeveynleri ile yaşamayı istemekteydi.

Araştırma görevlilerinin %54,6'sı (n=131) daha önce huzur evini ziyaret etmemişti. Hekimlerin %69,2'si (n=166) okuduğu tıp fakültesinde geriatri eğitimi almamıştı. Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara vermiş oldukları yanıtlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Geçmişte/hala birlikte yaşadıkları yaşlı birey varlığı</b>		
Evet	66	27,5
Hayır	174	72,5
<b>Birlikte yaşadıkları yaşının akrabalık derecesi*</b>		
Nene	36	54,6
Dede	9	13,6
Nene ve Dede Birlikte	21	31,8
<b>Gelecekte ebeveynlerle yaşamayı isteme durumu</b>		
Evet	172	71,7
Hayır	57	23,8
Kararsızım	11	4,5
<b>Huzurevi ziyaret etme durumu</b>		
Evet	109	45,4
Hayır	131	54,6
<b>Tıp fakültesinde geriatri eğitimi alma durumu</b>		
Evet	74	30,8
Hayır	166	69,2
<b>TOPLAM</b>	<b>240</b>	<b>100</b>

\*66 kişi cevaplamıştır.

#### 4.2. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Bu çalışmada kullanılan JSPE ölçeği toplam puan ortalaması  $74,49 \pm 10,62$ , YATÖ toplam puan ortalaması ise  $84,34 \pm 8,83$  bulundu. JSPE ölçeği Cronbach's alpha değeri 0,883 iken YATÖ Cronbach's alpha değeri 0,799 idi. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri**

	<b>Madde sayısı</b>	<b>Min-Maks</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Cronbach's alpha</b>
<b>JSPE</b>	20	40-99	74,49±10,62	0,883
Yerine koyma	10	11-50	38,12±6,63	0,889
Duygusal yaklaşım	10	18-50	36,36±5,93	0,813
<b>YATÖ</b>	23	34-106	84,34±8,83	0,799
Yaşlımın yaşamını sınırlama	9	9-45	36,47±4,69	0,779
Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık	8	11-40	29,04±4,10	0,723
Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık	6	11-26	18,82±2,95	0,477

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

JSPE: Jefferson Hekim Empati Ölçeği YATÖ:Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

#### **4.3. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre JSPE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

Asistanlık süresi 1,5 yıl ve altı olanların (38,9±6,25), asistanlık süresi 1,5 yıl üzeri olanlara (37,17±6,95) kıyasla "yerine koyma" alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha fazla olduğu görüldü (p=0,040).

Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, çalıştıkları bölüm, en uzun süre yaşadıkları yer ve büyüdüğü aile yapısı ile JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05). Katılımcıların sosyodemografik verilerine göre JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik verilerine göre JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı**

	Yerine Koyma Puanı	Duygusal Yaklaşım Puanı	JSPE Toplam Puanı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	38,51±5,97	36,40±5,81	74,91±10,10
Erkek	37,5±7,51	36,31±6,14	73,85±11,39
p	0,267	0,915	0,452
<b>Yaş</b>			
28 yaş ve altı	38,79±6,07	36,67±5,94	75,46±10,11
29 yaş ve üzeri	37,23±7,24	35,96±5,91	73,19±11,18
p	0,071	0,360	0,101
<b>Çalıştıkları bölüm</b>			
Dahili	38,28±6,03	36,60±5,60	74,88±10,08
Cerrahi	37,6±8,19	35,66±6,83	73,31±12,11
p	0,523	0,292	0,324
<b>Asistanlıkta geçirdikleri süre</b>			
1,5 yıl ve altı	38,9±6,25	36,15±5,73	75,08±10,52
1,5 yıl üzeri	37,17±6,95	36,61±6,17	73,79±10,74
p	<b>0,040</b>	0,547	0,348
<b>En uzun süre yaşamılan yer</b>			
İl	38,28±6,70	36,44±6,23	74,73±10,82
İlçe/Köy/Kasaba	37,50±6,35	36,08±4,65	73,58±9,87
p	0,455	0,702	0,496
<b>Büyüdükleri aile yapısı</b>			
Çekirdek	37,84±6,82	36,33±6,08	74,18±10,84
Geniş	39,64±5,24	36,54±5,05	76,18±9,26
p	0,129	0,847	0,292

Independent Samples T- testi uygulanmıştır.

JSPE: Jefferson Hekim Empati Ölçeği

#### **4.4. Katılımcıların Yaşlılık ve Geriatri Eğitimi ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplara Göre JSPE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

Katılımcıların yaşlı bireyle birlikte yaşama durumu, gelecekte ebeveynleriyle yaşama isteği, daha önce huzurevini ziyaret edip etmeme durumu, okuduğu tıp fakültesinde geriatri eğitimi alıp almama durumu ile JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ). Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5. Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının dağılımı**

	<b>Yerine Koyma Puanı</b>	<b>Duygusal Yaklaşım Puanı</b>	<b>JSPE Toplam Puanı</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Geçmişte/hala birlikte yaşadıkları yaşlı birey varlığı</b>			
Evet	38,66±7,19	37,39±6,00	76,06±10,99
Hayır	37,91±6,41	35,97±5,87	73,89±10,44
p*	0,437	0,099	0,159
<b>Gelecekte ebeveynlerle yaşamayı isteme durumu</b>			
Evet	38,25±6,69	36,65±5,92	74,90±10,91
Hayır	38,29±6,19	35,96±6,24	74,26±10,12
Kararsızım	35,18±7,65	34,00±3,84	69,18±7,22
p**	0,322	0,301	0,220
<b>Huzurevi ziyaret etme durumu</b>			
Evet	38,1±6,28	36,30±6,08	74,44±10,53
Hayır	38,10±6,93	36,41±5,82	74,52±10,73
p*	0,963	0,879	0,955
<b>Tıp fakültesinde geriatri eğitimi alma durumu</b>			
Evet	38,06±6,47	36,22±5,52	74,29±10,78
Hayır	38,15±6,72	36,42±6,11	74,57±10,58
p*	0,929	0,812	0,850

\* Independent Samples T- testi, \*\*One-Way Anova testi uygulanmıştır.  
JSPE: Jefferson Hekim Empati Ölçeği

#### **4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre YATÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

Katılımcıların sosyodemografik verilerine göre YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; kadınların "yaşlılığın yaşamını sınırlama" alt boyut puan ortalaması (37,35±3,98), erkeklerden (35,12±5,36) anlamlı daha yüksekti (p=0,001). Kadınların YATÖ toplam puan (85,71±6,99) ortalaması, erkeklerden (82,24±10,77) anlamlı daha yüksekti (p=0,003).

Katılımcıların çalıştıkları bölüme göre YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; dahili bölümde görev yapan araştırma görevlilerinin "yaşlılığın yaşamını sınırlama" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması (37,12±4,34), cerrahi bölümden (34,50±5,17) anlamlı daha yüksekti (p=0,001). Dahili bölümde görev yapan hekimlerin YATÖ toplam puan (85,26±8,35) ortalaması, cerrahidekilerden (81,58±9,68) anlamlı daha yüksekti (p=0,005).

Katılımcıların yaşı, asistanlıkta geçirdikleri süre, en uzun süre yaşadıkları yer, içinde büyüdükleri aile yapısı ile YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,005$ ). Katılımcıların sosyodemografik verilerine göre YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 6’da gösterilmiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik verilerine göre YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı**

	Yaşının Yaşamını Sınırlama Puanı	Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanı	Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık Puanı	YATÖ Toplam Puanı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	37,35±3,98	29,27±3,40	19,08±2,77	85,71±6,99
Erkek	35,12±5,36	28,69±4,97	18,42±3,19	82,24±10,77
p	<b>0,001</b>	0,284	0,087	<b>0,003</b>
<b>Yaş</b>				
28 yaş ve altı	36,81±4,34	28,97±4,05	18,83±2,94	84,62±8,48
29 yaş ve üzeri	36,00±5,10	29,13±4,18	18,81±2,99	83,96±9,30
p	0,188	0,769	0,966	0,564
<b>Çalıştıkları bölüm</b>				
Dahili	37,12±4,34	29,13±3,91	18,99±2,95	85,26±8,35
Cerrahi	34,50±5,17	28,76±4,64	18,31±2,93	81,58±9,68
p	<b>0,001</b>	0,544	0,125	<b>0,005</b>
<b>Asistanlıkta geçirdikleri süre</b>				
1,5 yıl ve altı	36,83±4,25	29,24±3,71	18,74±2,97	84,82±8,07
1,5 yıl üzeri	36,04±5,15	28,80±4,52	18,91±2,95	83,77±9,66
p	0,198	0,412	0,655	0,360
<b>En uzun süre yaşamılan yer</b>				
İl	36,30±4,79	28,95±4,05	18,83±2,96	84,10±8,85
İlçe/Köy/Kasaba	37,10±4,29	29,38±4,29	18,78±2,96	85,26±8,77
p	0,288	0,518	0,904	0,410
<b>Büyüdükleri aile yapısı</b>				
Çekirdek	36,68±4,51	29,02±3,97	18,91±2,97	84,63±8,50
Geniş	35,27±5,51	29,1±4,80	18,32±2,83	82,75±10,43
p	0,091	0,852	0,264	0,236

Independent Samples T- testi uygulanmıştır.

YATÖ: Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

#### 4.6. Katılımcıların Yaşlılık ve Geriatri Eğitimi ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplara Göre YATÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanları incelendiğinde; yaşlı bireyle birlikte yaşayanların “yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması (29,58±4,00), yaşlı bireyle birlikte yaşamayanlardan (27,56±4,28) anlamlı daha yüksekti ( $p=0,001$ ).

Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması; gelecekte ebeveynleriyle yaşamayı isteyenlerde 29,58±4,00, gelecekte ebeveynleriyle yaşamayı istemeyenlerde 27,56±4,28'di (p=0,003).

Katılımcıların huzurevini ziyaret edip etmeme durumu, okuduğu tıp fakültesinde geriatri eğitimi alıp almama durumu ile YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,005). Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7. Katılımcıların yaşlılık ve geriatri eğitimi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı**

	Yaşlılığın Yaşamını Sınırlama Puanı	Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Puanı	Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık Puanı	YATÖ Toplam Puanı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
<b>Geçmişte/hala birlikte yaşadıkları yaşlı birey varlığı</b>				
Evet	36,51±5,40	29,58±4,00	18,83±3,08	85,04±9,62
Hayır	36,45±4,41	27,56±4,28	18,82±2,92	84,07±8,52
p*	0,928	<b>0,001</b>	0,979	0,448
<b>Gelecekte ebeveynlerle yaşamayı isteme durumu</b>				
Evet <sup>a</sup>	36,81±4,70	29,58±4,00	18,83±2,87	85,23±8,56
Hayır <sup>b</sup>	35,82±4,45	27,56±4,28	18,71±2,98	82,10±9,16
Kararsızım <sup>c</sup>	34,36±5,23	28,36±2,54	19,18±4,21	81,90±9,52
p**	0,120	<b>0,003<sup>ab</sup></b>	0,890	<b>0,043<sup>ac</sup></b>
<b>Huzurevi ziyaret etme durumu</b>				
Evet	36,80±4,88	29,10±3,62	18,94±3,06	84,85±9,18
Hayır	36,19±4,53	29,00±4,47	18,72±2,87	83,91±8,54
p*	0,312	0,850	0,568	0,414
<b>Tıp fakültesinde geriatri eğitimi alma durumu</b>				
Evet	36,48±5,02	28,78±4,12	18,78±3,08	84,05±9,48
Hayır	36,46±4,55	29,16±4,09	18,84±2,90	84,46±8,55
p*	0,973	0,510	0,886	0,737

\*Independent Samples T- testi uygulanmıştır.

\*\* One-Way Anova testi uygulanmıştır. One-Way Anova testinde anlamlılık olduğunda post hoc Tukey testi ile anlamlılık değerlendirilmiştir. p<sup>xy</sup>=x ve y seçenekleri arasında anlamlı

YATÖ: Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

#### 4.7. Katılımcıların JSPE ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile YATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Katılımcıların Jefferson Hekim Empati Ölçeği alt boyutlarından ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirildi.

JSPE “Yerine koyma” alt boyutu ile “Yaşlının yaşamını sınırlama” (r=0,312), “Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık” (r=0,400) ve “YATÖ toplam puanı” (r=0,369) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı (p=0,001). JSPE “Duygusal yaklaşım” alt boyutu ile “Yaşlının yaşamını sınırlama” (r=0,199 p=0,002) ve “Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık” (r=0,247 p=0,001) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu görüldü. JSPE “Duygusal yaklaşım” alt boyutu ile “YATÖ toplam puanı” (r=0,254 p=0,001) pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı. JSPE toplam puanı ile “Yaşlının yaşamını sınırlama” (r=0,306), “Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık” (r=0,387) ve “YATÖ toplam puanı” (r=0,372) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon (p=0,001) olduğu görüldü.

Doğrusal regresyon analizi yapıldığında YATÖ toplam puanındaki yüksekliğin %13,8’i toplam JSPE puanındaki yüksekliğe atfedilmektedir ( $R^2=0,138$  p<0,001). JSPE ve alt boyut puanları ile YATÖ ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon Tablo 8’de yer almaktadır. Toplam JSPE puanı ile YATÖ toplam puanı arasındaki lineer regresyon analizi ise Şekil 4’te gösterilmiştir.

**Tablo 8. Katılımcıların JSPE ve alt boyutundan aldıkları puanlar ile YATÖ ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişki**

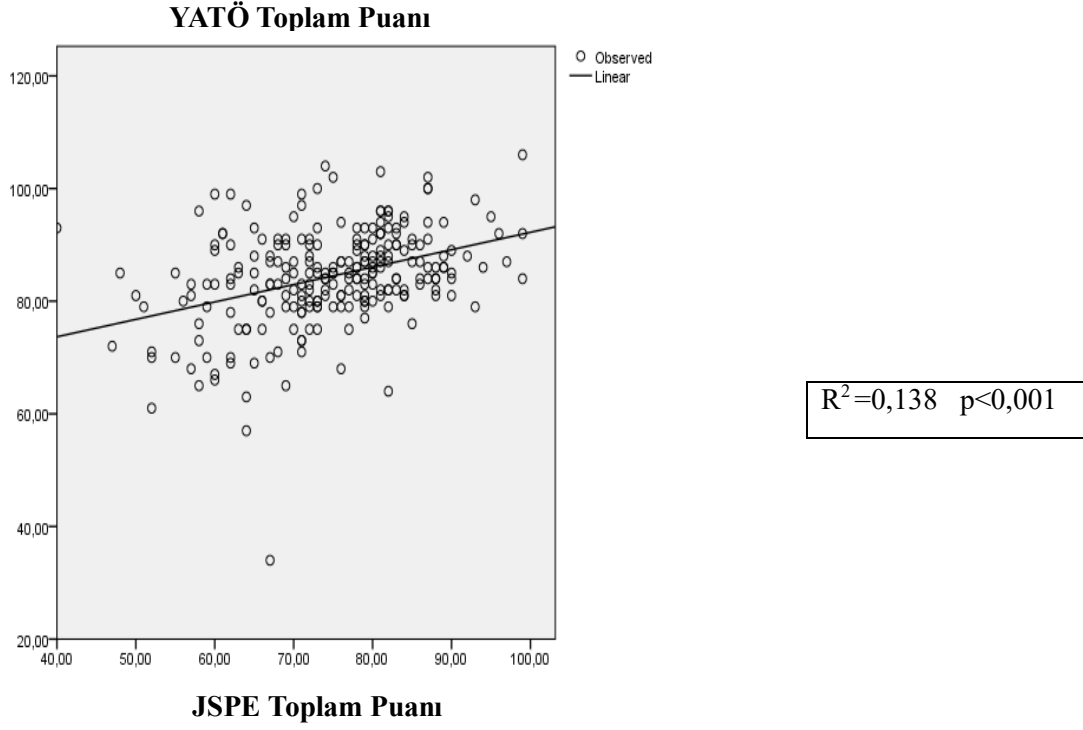
		Yerine Koyma	Duygusal Yaklaşım	JSPE Toplam Puanı
<b>Yaşlının yaşamını sınırlama</b>	r	0,312**	0,199**	0,306**
	p	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>
<b>Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık</b>	r	0,400**	0,247**	0,387**
	p	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>
<b>Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık</b>	r	0,051	0,099	0,088
	p	0,428	0,124	0,176
<b>YATÖ Toplam Puanı</b>	r	0,369**	0,254**	0,372**
	p	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>

Analiz olarak Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

\*\*Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir.

JSPE: Jefferson Hekim Empati Ölçeği, YATÖ: Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği

**Şekil 4. JSPE Toplam Puanı ile YATÖ Toplam Puanı Arasındaki Lineer Regresyon Analizi**



## 5. TARTIŞMA

Hekimlik mesleğinde empatinin önemini vurgulayan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır (57, 63). Empati, hasta-hekim iletişimi üzerinde hem hekimin hem de hastanın memnuniyetini sağlayıcı bir etkiye sahiptir. Literatürde, özellikle tıp öğrencileri ve sağlık personellerinin empati düzeylerini etkileyen faktörleri araştıran çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmanın diğer çalışmalardan farkı araştırma görevlisi hekimlerde hem empati düzeyini hem de empati düzeyinin daha hassas yaklaşım gerektiren yaşlı bireylere yönelik tutum üzerine etkisini bir arada değerlendirmiş olmasıdır. Sunulan çalışmada araştırma görevlisi hekimlerde empati düzeyinde artışın yaşlı ayrımcılığını azalttığı tespit edilmiştir.

Empati düzeyinin net sınırı çizilmemiş olmakla beraber iyi bir hekimlik için hedef, maksimum puanlara ulaşmak ve mesleğini icra ederken bunu hastayla olan iletişimine yansıtılabilmek olmalıdır. Sunulan çalışmada maksimum puanın 100 olduğu bir empati ölçeği kullanılmıştır ve alınan puan ortalaması yaklaşık 75 olup empati düzeyi orta-yüksek olarak değerlendirilebilir. Aynı ölçekle yapılan 2010 yılında Teke ve ark.'nın dahili ve cerrahi bölümlerde görev alan akademisyen, uzman ve asistan hekimlerde yürüttükleri çalışmada ise sunulan çalışmaya göre nispeten yüksek olmakla birlikte toplam puan ortalaması 79 civarında olup empati düzeyleri orta-yüksek olarak yorumlanmıştır (61). Yakın tarihte aynı ölçek kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise acil servis hekimlerinde ortalama puan yaklaşık 71 olup empati düzeyleri orta olarak belirlenmiştir (64). Yapılan çalışmalar kıyaslandığında Türkiye'de çalışan hekimlerde yıllara göre empati düzeylerinde bir düşüş dikkati çekmektedir.

Bu çalışmada cinsiyetin empati düzeyine etki etmediği belirlendi. Literatürde ise bu konuda farklı sonuçlar mevcuttur. Wang ve ark.'nın Amerika'da, Alcorta-Garza ve ark.'nın İspanya'da ve Park ve ark.'nın Güney Kore'de yaptıkları çalışmalarda kadın hekimlerin empati düzeyinin erkeklerden yüksek olduğunu belirtmişlerdir (65-67). Başka bir çalışmada ise kadın ve erkek hekimlerin empati puanları arasında fark görülmemiştir (68). Nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen verilere göre, nöroanatomik seviyede empati işlemleriyle ilişkili sinir ağının aktivasyonunda kadınlar ve erkekler arasında fark bulunmamıştır (69).

Literatürde yaşın empati düzeyine etkisi ile ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Sunulan çalışmada 28 yaş ve altındaki hekimlerle, 28 yaş üzerindeki hekimlerin empati puanları arasında anlamlı fark saptanmadı. Borracci ve arkadaşları 2015'de Arjantin'de yaptıkları çalışmada hekimlerin yaşı arttıkça empati puanlarının arttığını belirlemişlerdir (70). Afyoncu ve arkadaşları yaşla empati toplam puanları arasında fark olmadığını belirtmişlerdir (57). Sunulan çalışmada da yaşın empati düzeyini etkilemediği tespit edilmiştir. Ancak katılımcıların yaş

aralıklarının dar olması bu sonucu etkilemiş olabilir. Araştırma görevlileri genellikle genç hekimlerden oluşmaktadır.

Sunulan çalışmada asistanlık süresi arttıkça kendilerini yaşlı hastaların yerine daha az koydukları belirlendi. Literatüre baktığımızda bu konuda birbiriyle çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Okuyaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada hekimlerin çalışma süresi ve deneyimleri arttıkça empati puanlarının arttığını ve hekimin tecrübesi arttıkça bunun hekim hasta ilişkisine olumlu yönde yansıdığını belirtmişlerdir (63). Bir başka çalışmada ise bu çalışmaya paralel olarak hekimlerin çalışma süresi arttıkça empati puanlarının azaldığı bulunmuştur (61). Teke ve ark. bu sonucu hekimlerin çalışma süresi arttıkça iş stresi, monotonluk ve tükenme ihtimalinin giderek artmasına bağlamaktadır (61).

Hekimlerin bölümleri arasındaki farklılığın empati üzerine etkisi incelendiğinde; dahili ve cerrahi bölümlerdeki hekimlerin empati puanları arasında anlamlı bir fark görülmedi. Afyoncu ve ark.'nın (57) ve Di Lillo ve ark.'nın (68) yaptıkları çalışmada bu çalışmayla benzer şekilde dahili ve cerrahi bölümlerin empati puanları arasında fark olmadığını belirtmişlerdir. Ancak başka çalışmalarda ise bu çalışmanın aksine dahili bölümlerin empati puanlarının, cerrahi bölümlerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (61, 67, 71). Teke ve ark. dahili bölümlerin cerrahi bölümlere nazaran, teşhis ve tedavide hastalarla daha fazla iç içe olmayı gerektirdiğini iddia etmişlerdir (61). Sunulan çalışmada dahili ve cerrahi bölümlerin empati puanlarının benzer olması, empatinin pek çok faktörden etkilenmesi ve her iki bölümün de stresli çalışma şartları ve kısıtlı muayene süresi baskısı altındayken hastayla iletişim kurmaya çalışmalarından kaynaklanabilir.

Sunulan çalışmada yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumu belirlemek amacıyla kullanılan ölçekten maksimum alınabilecek puan 115 iken araştırma görevlisi hekimlerin 84 civarında aldığı tespit edilmiştir. Aynı ölçekle yapılan Ögenler ve ark.'nın birinci basamak, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışan 170 hekim ile yapmış oldukları çalışmada toplam puan ortalaması yaklaşık 87 olarak bulunmuş olup bu sonuç hekimlerin yaşlılara karşı olumlu tutum sergilediği şeklinde yorumlanmıştır (72). Türkiye'deki öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının yaşlıya yönelik tutumlarının sistematik derleme olarak incelendiği bir çalışmada; yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunda öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının yaşlıya karşı tutumlarının olumlu olduğu belirtilmiştir (6). Yurtdışında ise sağlık çalışanlarının yaşlıya karşı tutumlarının olumsuz bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (73, 74). Bu durum ülkelerin kültürel farklılıklarıyla açıklanabilir.

Cinsiyet ve yaşlı ayrımcılığı tutumu ilişkisi konusunda literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda cinsiyet ve yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında anlamlı ilişki saptanmamışken (72, 75), bazı çalışmalarda erkeklerin yaşlı ayrımcılığı tutumlarının kadınlardan daha olumlu olduğu gösterilmiştir (76, 77). Sunulan çalışmada kadın hekimlerin yaşlıların sosyal yaşamda daha aktif olmalarına yönelik tutumlarının ve yaşlı ayrımcılığı tutumlarının erkeklerden daha olumlu olduğu saptandı. Bu çalışmayla benzer şekilde kadınların yaşlı ayrımcılığı tutumunun erkeklerden daha olumlu olduğunun gösterildiği çalışmalar da mevcuttur (78, 79).

Literatürde yaşın artmasıyla yaşlı ayrımcılığı tutumunun olumlu yönde değiştiğini gösteren çalışmalar olduğu gibi (80, 81), yaşın yaşlı ayrımcılığı tutumu üzerinde etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (82, 83). Sunulan çalışmada ise yaş ile yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu sonuç katılımcıların yaş aralığının dar olmasından kaynaklanmış olabilir.

Hekimlerin bölümleri arasındaki farklılığın yaşlılara yönelik tutumları üzerine etkisine bakıldığında; bu çalışmada dahili bölümde çalışan hekimlerin yaşlıların sosyal yaşamda daha aktif olmaları yönündeki tutumlarının ve yaşlı ayrımcılığı hakkındaki tutumlarının cerrahi bölümdelikilerden daha olumlu olduğu görüldü. Şimşek ve arkadaşlarının 2019'da araştırma görevlileriyle yaptıkları çalışmada ise dahili bölümdeki hekimlerin YATÖ toplam puanının cerrahi bölümden daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (84). Bu çalışmada dahili bölümlerin yaşlı ayrımcılığı tutumlarının daha olumlu olması; yaşlı hastaların dahili bölümdeki muayene sıklığının daha çok ve dahili servislerdeki yatış sürelerinin daha uzun olması nedeniyle, yaşlı hastalarla daha uzun süre temas halinde olmalarından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada asistanlıkta geçirilen sürenin hekimlerin yaşlı ayrımcılığı tutumu üzerine bir etkisi yoktu. Literatürde ise mesleki deneyim süresi ve yaşlı ayrımcılığı tutumu ilişkisi konusunda farklı sonuçlar olduğu görüldü. Bu çalışmayla benzer şekilde Kıssal ve ark. aile sağlığı çalışanlarında yaptıkları çalışmada mesleki deneyim süresi ve yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında anlamlı ilişki saptamadıklarını belirtmişlerdir (75). Leung ve ark. ise yaptıkları çalışmada on yıl ve üzeri çalışma süresi olan doktorların yaşlı ayrımcılığı tutumunun, on yıldan az çalışma süresi olan doktora kıyasla daha olumlu olduğunu belirtmişlerdir (85). Oral ve ark. üniversite hastanesinde görevli hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada on yıl üzeri çalışma süresi olanların yaşlı ayrımcılığı tutumlarının daha olumlu olduğunu belirtmişlerdir (86). Bu çalışmaların aksine; Kolushev ve ark.'nın İsrail'de (87),

Punchik ve ark.'nın Rusya'da (88) yaptıkları çalışmada doktorların çalışma süresi arttıkça yaşlı ayrımcılığı tutumunun olumsuz olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaların bulguları ülkelerin kültürel yapısındaki farklılığa, tıp fakültesinde ve uzmanlık eğitimi süresince verilen eğitimin niteliğine bağlı olarak değişiklik göstermiş olabilir.

İlde yaşayan hekimler ile daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayan hekimlerin yaşlı ayrımcılığı tutumları arasında bir farklılık yoktu. Literatürdeki çalışmaların çoğunda (72, 75, 89) bu araştırmayı destekler biçimde, kentsel ya da kırsal bölgede yaşama ve yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir. Ancak bazı çalışmalarda, yaşanan yerleşim yerine göre yaşlı ayrımcılığı tutumunun değiştiği gözlemlenmiştir. Örneğin; Altay ve ark.'nın yaptığı çalışmada (90) il merkezinde yaşayanların yaşlı ayrımcılığı tutumunun daha olumlu olduğu belirtilirken, Yılmaz ve Özkan'ın yaptığı çalışmada (91) ise kırsal bölgede yaşayanların yaşlı ayrımcılığı tutumunun daha olumlu olduğu belirtilmiştir.

Sunulan çalışmada hekimlerin içinde büyümüş oldukları aile yapısının, yaşlı ayrımcılığı tutumları üzerine etki göstermediği belirlendi. Literatürde ise bu konuda çelişkili veriler olduğu görülmüştür. Yeşilot ve ark.'nın hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları araştırmada (92) geniş ailede büyüyenlerin yaşlılara karşı daha olumlu tutuma sahip olduğu belirtilmişken, Kaçan ve ark. (82) ile Yılmaz ve Özkan'ın (91) yaptıkları çalışmalarında çekirdek ailede büyüyenlerin yaşlılara karşı daha olumlu tutum gösterdiği belirtilmiştir.

Yaşlı bireylerle aynı evi paylaşmanın yaşlı bireye yönelik tutuma etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmada yaşamının bir bölümünde yaşlı bireyle aynı evde yaşayan hekimlerin, daha önce yaşlı bireyle birlikte yaşamamış olanlara kıyasla yaşlı ayrımcılığı tutumları daha olumluydu. Şahin ve Parıldar'ın aile hekimliği asistanlarıyla yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerle birlikte yaşayan hekimlerin, yaşamayanlara kıyasla toplam YATÖ puanları daha yüksek ve yaşlı ayrımcılığı tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir (93). Ünal ve ark.'nın geriatri merkezinde görevli sağlık personelleri ile yaptıkları çalışmada da yaşlı bireyle birlikte yaşayanların, yaşamayanlara göre yaşlı ayrımcılığı hakkındaki tutumları daha olumlu bulunmuştur (94). Yine benzer olarak Ünsar ve ark.'nın hemşirelik öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada yaşlı bireyle birlikte yaşayanların yaşlıların sosyal yaşamda daha aktif olmaları yönündeki tutumlarının ve yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarının, yaşamayanlardan daha olumlu olduğu belirtilmiştir (95). Ancak yaşlı bireyle aynı evde yaşamamanın, yaşlı ayrımcılığı hakkındaki tutum üzerinde bir etki göstermediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (72, 96). Literatürdeki araştırma sonuçlarındaki farklılığın; evdeki yaşlı ile yaşlıya bakım veren birey arasındaki iletişim, yaşlının bakım veren bireyden

beklentilerinin ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanıp karşılanmamasından, bakım veren kişinin yaşlıya ayırabildiği süre farklılığından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada gelecekte ebeveynleriyle yaşamayı isteyen hekimlerin, istemeyenlere kıyasla yaşlıya ayrımcılığı tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edildi. Karabekiroğlu ve ark.'nın 2021 yılında tıp fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ileride kendi ailelerini kurduktan sonra anne ve babasıyla birlikte yaşamak isteyen öğrencilerin, istemeyenlere göre yaşlı ayrımcılığı tutumlarının daha olumlu olduğunu belirtmişlerdir (97). Üniversite öğrencileri ile yapılmış benzer araştırmalarda da gelecekte ebeveynleri ile yaşama isteği olanların yaşlı ayrımcılığı tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (62, 91, 98). Bu verilerin ışığında bireylerin hala Türk kültürüne bağlı kalarak, anne ve babalarının yaşamlarının sonuna dek yanlarında olmak istediklerini söyleyebiliriz.

Özcan ve ark.'nın tıp fakültesi öğrencilerine verdikleri kısa süreli eğitimin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutuma olan etkisini inceledikleri çalışmalarında, huzurevini ziyaret etmenin yaşlı ayrımcılığını azalttığını belirtmişlerdir (99). Sunulan çalışmada ise araştırma görevlilerinin huzurevini ziyaret edip etmeme durumunun yaşlı ayrımcılığı tutumunu etkilemediği görülmüştür. Benzer şekilde Tufan ve ark.'nın dahiliye asistanlarıyla yaptıkları çalışmada huzurevi ziyaretinin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumu etkilemediği belirtilmiştir (100). Pehlivan ve Vatansever'in üniversite hastanesinde görevli hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada da huzurevi ziyaretinin yaşlı ayrımcılığı tutumunu etkilemediği saptanmıştır (101). Bu durum hastanede çalışan hekimlerin ve hemşirelerin çalıştıkları süre boyunca, yaşlı hastalara bakım verip birebir temas halinde olmalarıyla açıklanabilir.

Yaşlı ayrımcılığı hakkındaki tutumu etkileyebileceği düşünülen bir diğer faktör de daha önce geriatri eğitimi almış olmaktır. Şahin ve Parıldar'ın aile hekimliği asistanlarıyla yaptıkları çalışmada tıp fakültesinde ve uzmanlık eğitiminde yaşlılık ile ilgili eğitim alanların yaşlı ayrımcılığına yönelik daha olumlu tutuma sahip olduğu belirtilmiştir (93). Tufan ve ark.'nın dahiliye asistanlarıyla yaptığı çalışmada tıp fakültesinde ve dahiliye ihtisası sırasında geriatri eğitimi alanların yaşlı ayrımcılığı tutumunun daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (100). Lee ve ark.'nın üniversite merkezli, tıp fakültesi öğrencileri, hekimler ve hemşireler ile yaptıkları araştırmada geriatri eğitimini tamamlamış olanların yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğunu ifade etmişlerdir (102). Bu çalışmada ise hekimlerin yaklaşık dörtte üçü geriatri eğitimi almamıştı ve daha önce geriatri eğitimi alan hekimler ile almayanlar arasında yaşlı ayrımcılığı hakkındaki tutumda bir farklılık yoktu. Benzer biçimde Alzamil ve ark.'nın üniversitede dahiliye ve aile hekimliği asistanlarıyla yapmış oldukları araştırmada geriatri

eğitimi almanın yaşlı ayrımcılığı tutumunu etkilemediğini bildirmişlerdir (103). Sunulan çalışmada hekimlerin yaklaşık dörtte uünün mezun oldukları tıp fakültesinde geriatri eğitimi almamış olması dikkat çekicidir. Geriatri eğitimi alan hekimlerin, almayanlara kıyasla yaşlıya yönelik tutumlarında bir fark olmamasının, verilen geriatri eğitimlerinin niteliği ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Sunulan çalışmada empati düzeyi yüksek bulunan hekimlerin, yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edildi. Literatür incelendiğinde empati düzeyi ve yaşlı ayrımcılığı tutumu arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sayısının kısıtlı olduğu görülmektedir. Gholamzadeh ve ark.'nın İnan'da hemşirelik ve ebelik ğrencilerinde yaptıkları çalışmada verdikleri empati becerisi eğitimi sonrasında, öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarının olumlu yönde değiştiğini ifade etmişlerdir (10). Kılıç Akça ve ark.'nın hemşirelerle yaptıkları çalışmada empatik eğilimi yüksek olan hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir (104). Yine Samra ve arkadaşları yapmış oldukları sistematik derlemede, tıp fakültesi ğrencilerinde ve hekimlerde empatiyi geliştiren eğitim müdahalelerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumu iyileştirdiğini belirtmişlerdir (11).

## 6. SONUÇLAR

Araştırma görevlisi hekimlerin empati düzeylerinin, yaşlı ayrımcılığı hakkındaki tutumlarına olan etkisinin araştırıldığı bu çalışmada;

- Hekimlerin empati düzeylerinin orta-yüksek olduğu görüldü.
- Hekimlerin asistanlıkta çalışma süreleri arttıkça, kendilerini hastalarının yerine daha az koydukları belirlendi.
- Hekimlerin cinsiyetinin, yaşının, çalıştığı bölümün, en uzun süre yaşadıkları yerin, aile yapısının, yaşlı bireyle birlikte yaşama, gelecekte ebeveynleriyle beraber yaşamayı isteme, huzurevini daha önce ziyaret etme ve daha önce geriatri eğitimi alma durumlarının empati düzeylerini etkilemediği görüldü.
- Kadın hekimlerin yaşlıların sosyal yaşamda daha aktif olmaları yönündeki tutumları ve yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları, erkeklerden daha olumluydu.
- Dahili bölümde çalışan hekimler, cerrahi bölümdakilere kıyasla yaşlıların sosyal yaşamda daha aktif olmaları yönünde ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin daha olumlu tutuma sahipti.
- Yaşamının bir bölümünde yaşlı bireyle birlikte yaşayan hekimlerin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları, yaşamayanlara göre daha olumluydu.
- Gelecekte ebeveynleriyle birlikte yaşamak isteyen hekimler, istemeyenlere göre yaşlı ayrımcılığına yönelik daha olumlu tutuma sahipti.
- Hekimlerin yaklaşık dörtte üçü mezun oldukları tıp fakültesinde geriatri eğitimi almamıştı.
- Hekimlerin yaşının, asistanlıkta çalışma süresinin, en uzun süre yaşadıkları yerin, aile yapısının, huzurevini ziyaret etme ve daha önce geriatri eğitimi alma durumlarının, yaşlı ayrımcılığına yönelik tutum üzerinde etkisi yoktu.
- Hekimlerin empati düzeyleri arttıkça, yaşlı ayrımcılığı hakkındaki tutumlarının daha olumlu olduğu belirlendi.

## 7. ÖNERİLER

Türkiye'deki nüfus çalışmaları, yaşlı nüfusun arttığını ve yaşlanmayla ilgili problemlerin yaşanabileceğini ve bunu önlemeye yönelik planlar yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Yaşlanmayla ilgili problemlerden birisi de yaşlı ayrımcılığıdır.

Hayatın her alanında rastlandığı gibi, sağlık alanında da yaşlı ayrımcılığı karşımıza çıkmaktadır. Hekimler her geçen gün artan yaşlı nüfusun da etkisiyle, yaşlı hastalarla daha fazla karşı karşıya kalmaktadır. Hekim; yaşlı hasta poliklinik kapısından içeri girdiği andan itibaren, bu özel gruptaki hastasıyla nasıl iletişim kuracağını bilmeli, yaşlının fizyolojik ve psikososyal durumunu, kendisinin de bir gün yaşlanacağını göz önünde bulundurarak tutum ve davranışlarına özen göstermelidir.

Yaşlı bireylere yönelik tutumu etkileyen faktörler çok boyutlu ve oldukça karmaşıktır. Bu faktörlerin belirlenmesi için daha fazla sayıda çalışma yapılması gerekmektedir. Yaşlılara yönelik tutumu olumlu yönde geliştirebilmek için hekimlerin tıp fakültesine başladığı ilk günden, uzmanlık öğrenciliğinin sonuna dek geriatri ve empatik iletişim becerilerini geliştiren eğitimlere önem verilmesi gerekmektedir.

Türkiye'de pek çok tıp fakültesi müfredatında geriatri ve gerontoloji eğitim programı yer almamaktadır. Bu yüzden özellikle mezun olmadan önceki dönemde geriatri ve gerontoloji eğitimi programları müfredata eklenmeli ve bu eğitim programları ülke çapında yaygın hale getirilmelidir.

Türkiye'deki tüm üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde tıp fakültelerinin dahiliye anabilim dalına bağlı geriatri yan dal uzmanlık eğitimi yaygınlaştırılmalıdır. Geriatri yan dal kadro sayısı artırılmalıdır.

Hastayla ilk temas noktasında bulunan aile hekimleri ve yaşlı hastalarla sık teması olan branşlardaki hekimlere hizmet içi eğitimlerle bu konuda farkındalık oluşturulmalıdır.

## 8. KAYNAKLAR

1. Nations U. World Population Ageing 2023 2023 [Available from: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd\\_2024\\_wpa2023-report.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_2024_wpa2023-report.pdf) Erişim tarihi:10 Şubat 2024.
2. WHO. World Health Statics 2023 2023 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323> Erişim Tarihi: 10 Şubat 2024.
3. WHO. Ageing 2020 [Available from: [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1) Erişim Tarihi: 28 Mart 2024.
4. PLANI SYE. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı Ve Uygulama Programı.3-8.
5. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar 2023 2024 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2023-53710> Erişim Tarihi:28 Mart 2024.
6. Kalayci I, Yazici SÖ, Özkul M, Helvacı G. Sağlık çalışanları ve öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları: Sistematik derleme. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018;2(1):21-30.
7. Bakirhan S, ÖZKESKİN M, AKTAR REYHANIÖĞLU D, GÜLPINAR D. Analysis of the attitudes and approaches of the physiotherapy and rehabilitation students towards the elderly. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi. 2017;20(2).
8. Bulut E, Cilingir D. Attitudes of surgical nurses towards the elderly. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi. 2016;19(4).
9. ELBİ H, Altan S, RAHMAN S, CENGİZ ÖZYURT B, ŞAHİN S, ÇAM FS. The attitudes of medical students toward the elderly. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi. 2015;18(4).
10. Gholamzadeh S, Khastavaneh M, Khademian Z, Ghadakpour S. The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people. BMC medical education. 2018;18:1-7.
11. Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Knight A. Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: a systematic review. Journal of the American Geriatrics Society. 2013;61(7):1188-96.
12. Kiliç NP. Sağlık hizmetlerinde bireysel yaşlı ayırmacılığı. Kurgu. 2017;25(3):53-77.
13. Samancı Tekin Ç, Kara F. Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi. 2018;3(1):219-29.
14. Aslan M, Hocaoğlu Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(1):53-62.
15. WHO. The World Health Report 1998, Life in the 21st Century A Vision For All. Geneva: World Health Organization. 1998:232p.
16. Kutsal YG, Aslan D. Temel geriatri. Ankara: Güneş Kitabevleri Yayını2007.
17. Arıoğlu S. Yaşlanmanın biyolojik temelleri. Arıoğlu S, editor. Ankara: Özyurt Matbaacılık2006. 81-7 p.
18. Talarska D, Kropińska S, Strugała M, Szewczyk M, Tobis S, Wiczorowska-Tobis K. The most common factors hindering the independent functioning of the elderly at home by age and sex. European Review for Medical & Pharmacological Sciences. 2017;21(4).
19. Yildirim B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2012;2(2):19-23.
20. Meyer KC. Aging. Proceedings of the American Thoracic Society. 2005;2(5):433-9.
21. Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2019;10(3):1-15.
22. Beğzer T. Geriatrik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler. Akademik Geriatri Derneği. 2003;5:1-3.

23. Koldaş ZL. Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir. Turk Kardiyol Dern Ars. 2017;45(5):1-4.
24. Aalami OO, Fang TD, Song HM, Nacamuli RP. Physiological features of aging persons. Archives of Surgery. 2003;138(10):1068-76.
25. Üçbilek E, Oğuz D, Sezgin O. Yaşlıda gastrointestinal sorunlar. Güncel Gastroenteroloji. 2015;19(1):11-9.
26. Mihmanlı V, Yüksel İT. Geriatrik hastalarda jinekolojik sorunlar. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2013;29(2):127-31.
27. Çolak S, Bilik Ö, Vural F. Yaşlanmayla ilişkili ürolojik sorunların yönetimi ve hemşirelik bakımı. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2023;8(2):579-84.
28. Keskin A, Uncu G, Tanburoğlu A, Adapınar D. Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar/aging and senility related neurologic diseases. Osmangazi Tıp Dergisi. 2016;38(1).
29. Bulur I. Yaşlanma ve deri/aging and skin. Osmangazi Tıp Dergisi. 2016;38(1).
30. Altınel M, MA A. Yaşlılık ve göz. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2013;29(2):110-5.
31. Eyüboğlu C, Şişli Z, Kartal M. Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. Turkish Family Physician. 2012;3(1):18-22.
32. Yumurtacı A. Demografik değişim: Psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik boyutları ile yaşlılık. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi. 2013;3(6):9-32.
33. Ali A. Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2020;3(2):75-80.
34. Nations U. World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world 2023 [Available from: <https://social.desa.un.org/sites/default/files/publications/2023-02/WorldSocialReport2023.pdf> Erişim Tarihi:10 Şubat 2024.
35. Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. The gerontologist. 1969;9(4\_Part\_1):243-6.
36. Palmore E. Ageism: Negative and positive. 1999.
37. Levy BR, Banaji M. Implicit ageism//ageism: Stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge. MA: The MIT Press; 2002.
38. Uyanık Y. Yaşlılık, yaşlanan nüfus ve sosyal politika. İş ve Hayat. 2017;3(5):67-100.
39. Levy BR. Eradication of ageism requires addressing the enemy within. The gerontologist. 2001;41(5):578-9.
40. Ayalon L, Tesch-Römer C. Taking a closer look at ageism: Self-and other-directed ageist attitudes and discrimination. Springer; 2017. p. 1-4.
41. Iversen TN, Larsen L, Solem PE. A conceptual analysis of ageism. Nordic psychology. 2009;61(3):4-22.
42. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. Gülhane Tıp Dergisi. 2014;56(2):128-31.
43. Akdemir N, Çınar F, Polat Ü. Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi. 2007;10(4).
44. Gething L, Fethney J, McKee K, Persson L-O, Goff M, Churchward M, et al. Validation of the reactions to ageing questionnaire: assessing similarities across several countries. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 2004. p. 47-54.
45. Tsuchiya A, Dolan P, Shaw R. Measuring people's preferences regarding ageism in health: some methodological issues and some fresh evidence. Social science & medicine. 2003;57(4):687-96.
46. Dozois E. Ageism: A review of the literature. Calgary Health Region, Healthy Aging Committee. 2006.
47. Brink G. WONCA. The european journal of general practice. 1999;5(4):170-.
48. Tekin N. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yaşlı sağlığı eğitiminin yeri. The Journal of Turkish Family Physician. 2011;2(1):1-7.
49. Aydın ZD. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Geriatri. 1999;2:179-87.
50. Ersoy E, Köşger F. Empati: Tanımı ve önemi/empathy: Definition and its importance. Osmangazi tıp dergisi. 2016;38(2):9-17.
51. Ay MG, KILIÇ BG. Nörogelişimsel bozukluklar ve empati. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2019;11(4):585-95.

52. Eby D. Empathy in general practice: its meaning for patients and doctors. *British Journal of General Practice*; 2018. p. 412-3.
53. Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç ZP. Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2010;2(2):127-43.
54. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E, Yıldırım E. Do the core competencies of family medicine relevant to patients' expectations? *Turkish Journal of Family Practice*. 2012;16(3):107-12.
55. Löffler-Stastka H, Datz F, Parth K, Preusche I, Bukowski X, Seidman C. Empathy in psychoanalysis and medical education-what can we learn from each other? *BMC Medical Education*. 2017;17(1):1-6.
56. Hakverdi ÖA. Aile hekimlerinin iletişim becerileriyle hastaya yaklaşımları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2022;26(1):17-24.
57. Afyoncu AA, Korkmazer B, Sarigül B, Şahin EM. Araştırma görevlisi hekimlerin empati düzeyleri. *Troia Medical Journal*. 2021;2(1):3-7.
58. Çelik M Aİ. Yaşlı hasta ile iletişim. 2017;8(2):132-40.
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. *Advances in Health Sciences Education*. 2018;23:899-920.
60. 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. *Medical Principles and Practice*. 2015;24(4):344-50.
61. Teke AK, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010;19(3):505-16.
62. Vefikuluçay Yılmaz D, Terzioğlu F. Development and psychometric evaluation of ageism attitude scale among the university students. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2011;14(3).
63. Okuyaz S, Direk M, Ögenler O, Yıldırım DD. Çocuk sağlığı ve hastalıkları doktorlarının empati becerisi üzerine bir pilot çalışma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2019;9(2):228-35.
64. Can D, Bayer N. Acil servis hekimlerinin empati ve duygusal emek düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Social and Analytical Health*. 2023;3(2).
65. Wang H, Kline JA, Jackson BE, Laureano-Phillips J, Robinson RD, Cowden CD, et al. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PloS one*. 2018;13(9):e0204113.
66. Alcorta-Garza A, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Soler-González J, Vivanco L. Cross-validation of the spanish hp-version of the jefferson scale of empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Frontiers in psychology*. 2016;7:189632.
67. Park C, Lee YJ, Hong M, Jung C-H, Synn Y, Kwack Y-S, et al. A multicenter study investigating empathy and burnout characteristics in medical residents with various specialties. *Journal of Korean medical science*. 2016;31(4):590.
68. Di Lillo M, Cicchetti A, Scalzo AL, Taroni F, Hojat M. The jefferson scale of physician empathy: Preliminary psychometrics and group comparisons in italian physicians. *Academic Medicine*. 2009;84(9):1198-202.
69. Baez S, Flichtentrei D, Prats M, Mastandueno R, García AM, Cetkovich M, et al. Men, women... who cares? A population-based study on sex differences and gender roles in empathy and moral cognition. *PloS one*. 2017;12(6):e0179336.
70. Borracci RA, Doval HC, Nuñez C, Samarelli M, Tamini S, Tanus E. Measurement of empathy among argentine cardiologists: Psychometrics and differences by age, gender, and subspecialty. *Cardiology Journal*. 2015;22(1):52-6.

71. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. Educational and psychological measurement. 2001;61(2):349-65.
72. Ögenler O, YAPICI G, TAŞDELEN B, AKÇA T. Mersin ilinde bir grup hekimin yaşlı ayrımcılığı hakkındaki görüşleri. Türk Geriatri Dergisi. 2012;15(4):409-15.
73. Liu Y-e, While AE, Norman IJ, Ye W. Health professionals' attitudes toward older people and older patients: a systematic review. Journal of Interprofessional Care. 2012;26(5):397-409.
74. Higgins I, Der Riet PV, Slater L, Peek C. The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: A qualitative descriptive study. Contemporary Nurse. 2007;26(2):225-37.
75. Kissal A, Okan F. Tokat ilinde aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(4):202-12.
76. McConatha JT, Hayta V, Rieser-Danner L, McConatha D, Polat TS. Turkish and US attitudes toward aging. Educational Gerontology. 2004;30(3):169-83.
77. Kwan A, Law B. Attitudes of student/pupil nurse toward the aged in Hong Kong: implications for nursing education. Hong Kong Journal of Gerontology. 1994;8(1):43-51.
78. Usta YY, Demir Y, Yönder M, Yıldız A. Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2012;54(1):90-3.
79. Fitzgerald JT, Wray LA, Halter JB, Williams BC, Supiano MA. Relating medical students' knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. The Gerontologist. 2003;43(6):849-55.
80. Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM. Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. Nurse education today. 2001;21(3):225-9.
81. Courtney M, Tong S, Walsh A. Acute - care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. International journal of nursing practice. 2000;6(2):62-9.
82. Kaçan H, Dibekli E, Akkan K. Toplumda yaşayan bireylerin yaşlı ayrımcılığı tutum düzeylerinin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2018;11(2):8-15.
83. Demiray T, Dal Yılmaz Ü. Opinions of the nursing students on ageism. İstanbul Med J. 2017;18(1):7-12.
84. Şimşek Keskin H, Bahadır H, Bilgin A. Physicians attitudes towards the elderly: Ageism in a university hospital in turkey. Türk Geriatri Dergisi. 2019;22(1):101-11.
85. Leung S, LoGiudice D, Schwarz J, Brand C. Hospital doctors' attitudes towards older people. Internal Medicine Journal. 2011;41(4):308-14.
86. Oral B, Gunay O, Cetinkaya F. Attitudes of health professionals working in a university hospital towards ageism. Medicine Science. 2019;8(1):117-22.
87. Kulushev I, Punchik B, Digmi D, Haiman K, Ritsner M, Moller O, et al. Ageism, aging anxiety, and death and dying anxiety among doctors and nurses. Rejuvenation Research. 2021;24(5):366-74.
88. Punchik B, Tkacheva O, Runikhina N, Sharashkina N, Ostapenko V, Samson T, et al. Ageism among physicians and nurses in Russia. Rejuvenation Research. 2021;24(4):297-301.
89. Hweidi IM, Al - Hassan MA. Jordanian nurses' attitudes toward older patients in acute care settings. International nursing review. 2005;52(3):225-32.
90. Altay B, Aydın T. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12(1):11-8.
91. Yılmaz E, Özkan S. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(2):37-51.
92. Yeşilot SB, Demirci PY, Öztunç G. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2020;10(1):87-93.
93. Şahin G, PARILDAR H. Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri gözüyle yaşlılık nasıl algılanıyor? İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2017;21(3):71-6.
94. 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.

95. Ünsar S, Özgül E, Seda K, TÜRÜNG F, SEKMEN İD, Canan S, et al. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının İncelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015;4(2):61-7.
96. Sülüker K, Türkoğlu N. Birinci ve ikinci basamakta çalışan hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının karşılaştırılması. Turkish Journal of Science and Health. 2021;2(1):166-75.
97. Karabekiroğlu B, Celal K, GÜMÜŞTAKIM R. Bir tıp fakültesi öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. The Medical Journal of Mustafa Kemal University. 2021;12(44):177-85.
98. Güven Ş, Muz GU, Ertürk NE. Üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı değişkenlerle ilişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(2):99-105.
99. Özcan S, Duyan V, Koç F, Bozdemir N. Üçüncü sınıf tıp öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları: Bir eğitim programının etkisinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2013;16(2):210-5.
100. Tufan F, Yuruyen M, Kizilarlanoglu MC, Akpınar T, Emiksiye S, Yesil Y, et al. Geriatrics education is associated with positive attitudes toward older people in internal medicine residents: A multicenter study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2015;60(2):307-10.
101. Pehlivan S, Vatansever N. Hemşirelerin yaşlıya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. 2019.
102. Lee J, Yu H, Cho HH, Kim M, Yang S. Ageism between medical and preliminary medical persons in Korea. Annals of geriatric medicine and research. 2020;24(1):41.
103. AlZamil A, AlHoqail R, Alodhayani A. Barriers and attitudes of family and internal medicine residents toward geriatric patients: A cross-sectional analytical study. Advances in Medical Education and Practice. 2019:585-90.
104. Akça NK, Arslan DE, Harun İ, Doğrucan N, Vahide A. Association of nurses' empathic tendency and attitudes to ageism toward older adults. Journal of Contemporary Medicine. 2021;11(4):526-30.

## EK- 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Sayın Katılımcı; bu çalışmada NEÜ Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinin empati düzeylerinin yaşlı ayrımcılığı tutumuna etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmadaki veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Yaşınız: .....

2. Cinsiyetiniz:

( ) Kadın ( ) Erkek

3. Hangi bölümde çalışıyorsunuz:

( ) Dahili tıp ( ) Cerrahi tıp

4. Ne kadar süredir mevcut asistanlık görevini yapmaktasınız (ay olarak)

.....

5. En uzun süre yaşadığınız yer:

( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy/Kasaba

6. İçinde büyüdüğünüz aile yapınız:

( ) Çekirdek ( ) Geniş ( ) Diğer

7. Geçmişte/hala sizinle yaşayan yaşlı birey var mıydı/mı:

( ) Evet ( ) Hayır

8. Yukarıdaki soruya yanıtınız evetse lütfen kim olduğunu belirtiniz:

.....

9. Gelecekte ebeveynleriniz yaşlandığında beraber yaşamayı düşünür müsünüz:

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

10. Daha önce hiç huzurevini ziyaret ettiniz mi:

( ) Evet ( ) Hayır

11. Okuduğunuz tıp fakültesinde geriatri eğitimi aldınız mı:

( ) Evet ( ) Hayır

Aşağıdaki çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
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.					

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

## EK-2.Etik Onay

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:181

Toplantı Tarihi: 01 Eylül 2023

**Karar Sayısı:2023/4480:**(Başvuru ID:15307) N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'ın "Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin Empati Düzeyi İle Yaşlı Ayrımcılığı Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Arş. Gör. Dr. Özge ERAVŞAR'ın uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

**Not:** Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

**Sorumlu Araştırmacı:** Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

**Yardımcı Araştırmacılar:** Arş. Gör. Dr. Özge ERAVŞAR, Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

ASLI GİBİDİR  
01.09.2023

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:199

Toplantı Tarihi: 07 Haziran 2024

**Karar Sayısı:2024/5005:** (Başvuru ID: 19540) N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'ın "Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin Empati Düzeyi ile Yaşlı Ayrımcılığı Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması başlığının "Bir Üniversitesi Hastanesindeki Araştırma Görevlilerinin Empati Düzeylerinin Yaşlı Ayrımcılığı Hakkındaki Tutumlarına Etkisinin Araştırılması" başlığıyla değiştirme talebi dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Uzmanlık tez çalışması başlığının değiştirilmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

**Not:** Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

**Sorumlu Araştırmacı:** Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

**Yardımcı Araştırmacılar:** Arş. Gör. Dr. Özge ERAVŞAR, Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

ASLI GİBİDİR  
07.06.2024

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

