

Oya ÖGENLER¹
Gülçin YAPICI²
Bahar TAŞDELEN³
Tamer AKÇA¹



ARAŞTIRMA

MERSİN İLİNDE BİR GRUP HEKİMİN YAŞLI AYRIMCILIĞI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Öz

Giriş: Yaşlıya sağlık hizmeti veren sağlık çalışanının yaşlıya karşı ayrımcılığa neden olan olumsuz tutum sergilemesi, tıbbi etik ilkelerinden adalet ilkesinin yaşlının aleyhine dengesizleşmesine neden olur. Bu çalışmada Mersin ilinde farklı kurumlarda çalışan hekimlerdeki yaşlı ayrımcılığının bulunup bulunmadığının sorgulanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Mersin ilinde birinci basamak, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışan 170 hekim üzerinde yürütülmüştür. Anket, hekimlerin sosyodemografik özelliklerini belirleyen sorular ile "Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği"nden oluşmuştur. Ölçekteki ifadelerin her biri için beşli Likert formatı kullanılarak ortalamalar hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin %36.1'i uzman, %66.5'i erkek ve %75.9'u evlidir. Hekimlerin yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ortalamaları 86.57±8.33'dür. Yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ortalamaları ile cinsiyet, görev alanı, medeni durum, doğum yerleri, aile tipleri ve kardeş sayıları arasında fark yoktur. Yaş ile yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ortalamaları arasında ters yönde zayıf bir korelasyon vardır.

Sonuç: Çalışmada hekimlerin yaşlı ayrımcılığı açısından olumlu tutuma sahip oldukları ancak yaşları ilerledikçe yaşlılara karşı ayrımcılığa zemin hazırlayan olumsuz düşüncelerinin arttığı söylenebilir. Hekimlerin olumlu özelliklerin pekiştirilmesi, saptanan olumsuzlukların giderilmesi gerekir. Bu bağlamda tıp etiği temel ilkelerinden birisi olan adalet ilkesinin hayata geçirilmesi hekimlerin yaşlı ayrımcılığına karşı duyarlılaştırılması ile mümkündür.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı; Ayrımcılık; Tıp Etiği; Adalet.



RESEARCH

OPINIONS OF A GROUP OF MEDICAL DOCTORS ON ELDER DISCRIMINATION IN MERSIN

ABSTRACT

Introduction: If health care workers discriminate against elderly people, the principle of justice which is one of the main principles of medical ethics may be eroded and the elderly will suffer. The purpose of this study is to determine discrimination against the elderly among physicians practicing in different institutions.

Materials and Method: The study was conducted on 170 physicians practicing in primary health care, state and university hospital settings in Mersin. The questionnaire consists of questions on socio-demographic characteristics of the doctors and the "Elder Discrimination Attitude Scale".

Results: Of the participating physicians, 36.1% were specialists, 66.5% were males and 75.9% were married. The average elder discrimination attitude score was 86.57±8.33. No difference was observed in mean elder discrimination attitude scale scores with respect to gender, position, marital status, the place of birth, family structure and number of siblings.

Conclusion: It can be concluded that medical doctors have a positive attitude towards elderly people but, negative opinions towards the elderly increase with age. The positive attitudes of the doctors should be reinforced and the negative ones should be eliminated. In this sense, promoting the justice principle which is one of the basic principles of medical ethics is possible by raising physicians' awareness about elder discrimination.

Key Words: Aged; Prejudice /Ageism; Medical Ethics; Justice.

İletişim (Correspondance)

Oya ÖGENLER
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik
MERSİN

Tlf: 0532 781 38 55
e-posta: oyaogenler@gmail.com

Geliş Tarihi: 05/08/2011
(Received)

Kabul Tarihi: 29/09/2011
(Accepted)

¹ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik
MERSİN

² Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
MERSİN

³ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İstatistik ve Bilişim
MERSİN



GİRİŞ

Teknoloji ve tıptaki gelişimle birlikte yaşam süresinin uzaması sonucunda 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının artışı, Türkiye'nin sahip olduğu nüfusun yaş özelliklerinin değişimine neden olmaktadır. Bu değişime paralel olarak sağlık hizmetlerinde yaşlı hastaların bakımına yeni bir bakış açısı getiren hedefler belirlenmiştir (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerildiği şekilde "Sağlıklı yaşlanma" hedefini gerçekleştirebilmek, yaşlılık dönemine özel birçok disiplin yaklaşımını barındıran sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulamaya konulduktan sonra sürekliliğinin sağlanmasıyla birlikte; yaşlılık ve yaşlanmayla ilgili klinik hizmetlerle birlikte hekim hasta ilişkisini belirleyen etik konuların da ele alınmasıyla mümkündür. Sağlık hizmeti sunan hekimin hastasıyla ilişkisi etik yaklaşımına göre değerlendirilir. Hekim evrensel olarak kabul gören hangi yaklaşımı ele alırsa alsın tıbbi uygulamaların karar verme sürecinde etik ilkeleri ne ölçüde ve nasıl kullandığı hekimin yaşlı hastaya karşı tutumunu belirleyecektir. Tıp alanında benimsenen temel etik ilkeler özerkliğe saygı, yarar sağlama, zarar vermeme, adalet gibi sıralanabilir (2-6).

Yaşlanan insan, psikolojik, biyolojik, sosyal ve ekonomik değişimlerle karşılaşır, sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşar, başkalarına bağımlı hale gelir (7). Yaşlı hastaların bazıları hastalıklarından kaynaklanan semptomları yaşlılık göstergesi olarak kabul edip gündeme getirmekten bazıları yaşla birlikte ortaya çıkan fonksiyonel durumları da semptom olarak hekime bildirir. Gerçeği yansıtmayan bu durum yanlış teşhise ve tedaviye neden olur (8). Bir diğer olasılık hasta başvurularında genç ve akut hastalığı olan hastalara öncelik verilmesiyle yaşlının sağlık hizmetinden yararlanması engellenir, hastanın yaşa bağlı özellikleri dikkate alınmadığı için fazla veya yanlış ilaç kullanımı sağlık probleminin değişerek büyümesine neden olur (1,6,9-12).

Yaşlı sağlığında en büyük problemlerden birisi yaşam kalitesini etkileyen kronik hastalıklardır. Bu hastalıklar yaşlıların diğer yaş gruplarından daha fazla sağlık hizmeti alma ihtiyacına neden olmaktadır. Yaşlıya sağlık hizmeti veren sağlık çalışanının yaşlı ayrımcılığına yol açan olumsuz tutumları sergilemesi oranında, yaşlının hizmet alımında tıbbi etik ilkelerinden adalet ilkesi yaşlının aleyhine dengesizleşir. Bunun sonucunda varlığının ortaya konulması zor olan etik problemler ortaya çıkar ve var olan olanakların dağılımı etkilenir (1,9,12,13).

Tüm bu özelliklerinden dolayı hekim, sağlık hizmetinin sunumunda yaşlı bireye diğer yaş gruplarından farklı tutum

sergilemelidir (13,14). Hekim yaşlı hastanın yaşa ait özelliklerini göz önünde bulundurarak, sorunları saptayıp tanı ve tedaviyi düzenleyip, disiplinler arası koordinasyonu sağlayacak bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (14). Ayrıca hekim mesleğini icra ederken, önceki dönemlere göre daha uzun yaşayan, bağımlı ve birden çok hastalığa sahip yaşlı hastasına karşı klinik değerlendirmesini etik duyarlılıkla yapmalıdır (8,15,16).

Hekimin yaşlı hastaya karşı tutumu hekim hasta ilişkisini, sınırlı kaynakların paylaşımını dolayısıyla sağlık hizmeti sunumunu etkileyecektir. Bu bağlamda çalışmada Mersin ilinde çalışan hekimlerde görev yerlerine ve görev alanlarına göre yaşlı ayrımcılığına dair tutum bulunup bulunmadığını ve hangi tutumlarda ayrımcılık sergilendiklerini saptamak amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma Mersin ilinde birinci basamak, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışan pratisyen, asistan ve uzman hekim üzerinde yapılmıştır. Çalışma, Mersin Büyükşehir merkezde bulunan dört ilçeden rastgele seçilen iki ilçede Ocak-Mayıs 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için hekimlerin çalıştığı kurumlardan yazılı izinler alınmıştır. Seçilen iki ilçede bulunan birinci basamak sağlık kurumunda çalışan 162 pratisyen hekim, devlet hastanesinde 186 pratisyen ve uzman hekim, üniversite hastanesinde 192 asistan ve uzman hekim olmak üzere toplam 540 hekim çalışmaktadır. Veri toplama formları birinci basamak hekimlerine Sağlık Grup Başkanlıkları aracılığıyla posta yoluyla, devlet ve üniversite hastanelerine elden ulaştırılmıştır. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hekimlerin onamları alınmış ve veri toplama aracı olarak kullanılan form katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuştur. Toplam 238 (%44.07) hekim veri toplama formunu doldurmuştur. Ölçeğin doğru değerlendirilebilmesi için tüm sorulara eksiksiz yanıt veren 170 (%71.4) hekimin veri toplama formları değerlendirmeye alınmıştır.

İki bölümden oluşan veri toplama formunda birinci bölümde hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ve yaşlı ile yaşamaya dair düşüncelerini belirlemeyi sağlayan sorular, ikinci bölümde ise hekimlerin yaşlılıkla ilgili düşüncelerine yönelik ölçek bulunmaktadır.

Çalışmada kullanılan "Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ)" adlı ölçek toplam 23 ifade içermektedir (17). Katılımcılardan ölçekteki ifadelerin her biri için beşli Likert formatını (*kesinlikle katılmıyorum; katılmıyorum; kararsızım; katılıyorum; kesinlikle katılıyorum*) kullanarak görüşlerini bildir-



meleri istenmektedir. Ölçekte yer alan soruların her birinde yaşlı, yaşlılık veya yaşlanmayla ilgili bir yargı bulunmaktadır. Seçeneklerin 1 ile 5 arasında puan karşılıkları olması nedeniyle, katılımcıların 23-115 arasında bir toplam puana ulaşması söz konusu olmaktadır. Toplam puanın yüksek olması yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumun daha az bulunduğunu göstermektedir (17).

Yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık, yaşlının yaşamını sınırlama ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık olarak adlandırılan üç boyuttan oluşmaktadır (17). “Olumsuz ayrımcılık” alt boyutunu oluşturan ifadeler arasında işe alım, iş yeri içindeki terfi, yaşlıların sürekli hasta olması gibi altı ifade (puan aralığı 6-30) bulunmaktadır. “Yaşamı sınırlama” alt boyutunda ise yaşlının tekrar evlenmesi, huzur evinde yaşaması, yalnız dışarı çıkmaması gibi dokuz ifade (puan aralığı 9-45) yer alırken “olumlu ayrımcılıkla” ilgili sekiz ifade (puan aralığı 8-40) ise yaşlıların daha sabırlı, hoş görülü, başvurulması gereken kişiler olduğu şeklindedir.

Toplam puanın değerlendirilmesine benzer şekilde her bir boyutta aldıkları puan ortalamasının yüksek olması daha az yaşlı ayrımcılığı yapıldığını göstermektedir (17).

Çalışmanın kısıtlılıkları: Kullanılan ölçek yeni oluşturulmuş bir ölçek olduğundan aynı ölçekle yapılmış çalışmalar yeterli değildir. Bu durum, yapılan çalışmayı başka çalışmalarla karşılaştırırken sınırlılığa neden olmuştur. Çalışmaya katılan hekim sayısı çalışmaya dahil edilen Mersin merkezdeki iki ilçede çalışan toplam hekim sayısının yarısından azdır. Birinci basamakta çalışan hekimlere veri formları posta yoluyla çalıştıkları birime gönderilmiştir. Hekimlerle yüz yüze görüşülmediği için çalışmaya katılmama nedenleri belirlenememiştir. Ancak devlet ve üniversite hastanelerinde hekimlerle görüşülmüştür. Hekimler, çalışmaya katılmak istemediklerini veya zaman ayıramayacaklarını belirtmişlerdir. Çalışmada değerlendirmeye alınan form sayısı ise %71.4'dür. Ölçeğin doğru değerlendirilebilmesi için tüm ifadelerle yanıt verilmesi gerekmektedir. Veri toplama formunu çalışmaya katılanların kendileri doldurmuştur. Katılımcılar bazı ifadelerde boşluk bıraktıkları için bu formlar değerlendirmeye alınamamıştır.

Araştırmamızda ölçeğin uygulanmasıyla elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış, verilerin özetlenmesinde frekans, ortalama ve standart sapma, grup karşılaştırmalarında Ki-kare, Student t testi, ANOVA varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya Mersin ilinde birinci basamak, devlet ve üniversite hastanesinde çalışan 170 hekim katılmıştır. Hekimlerin yaş ortalaması 39.97 ± 10.46 'dır (yaş aralığı 24-64). Hekimlerden 10'u cinsiyetini, 15'i yaşını, bir hekim ise branşını belirtmemiştir.

Hekimlerin cinsiyeti, çalıştığı kurum, görev alanı, medeni durumları, doğum yerleri, aile tipleri, yaşlı ile beraber yaşayıp yaşamadıkları, ebeveynlerinin nerede yaşadığı, çocukları evlendikten sonra birlikte yaşamayı isteyip istemeyeceklerine dair verdikleri yanıtlara göre toplam puanları Tablo 1'de

Tablo 1— Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Hekimlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

	n	Ortalama	ss	P
Cinsiyet				
Erkek	113	86.72	8.06	0.631
Kadın	47	87.42	9.11	
Çalıştığı Kurum				
Birinci basamak	48	88.41	9.54	0.031
Hastane	65	84.50	6.86	
Üniversite	57	87.38	8.40	
Görev Alanı				
Pratisyen	57	87.82	9.06	0.106
Asistan	51	87.33	8.18	
Uzman	61	84.78	7.59	
Medeni Hali				
Evlü	129	86.40	8.39	0.632
Bekar	41	87.12	8.20	
Doğum Yeri				
İl	80	86.91	8.39	0.328
İlçe	56	86.17	8.31	
Köy	31	86.29	8.39	
Aile Tipi				
Çekirdek	154	86.76	8.25	0.564
Geniş	15	85.46	8.98	
Yaşlı ile Beraber Yaşama				
Evet	91	86.80	7.92	0.799
Hayır	78	86.47	8.76	
Ebeveyn Nerede Yaşıyor				
Benimle	26	85.65	10.16	0.287
Amca dayı	21	88.00	6.71	
Tek başına	91	86.40	7.97	
Kardeşimle	3	77.00	12.16	
Yaşamıyor	7	84.57	8.58	
Çocuklarla Birlikte Yaşama				
Evet	32	87.71	7.01	0.322
Hayır	131	86.09	8.53	

**Tablo 2—** Hekimlerin Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeğine Göre Aldıkları Puanların Alt Boyutlara Göre Dağılımı

Özellik	n	Yaşlının Yaşamını Sınırlama			Olumlu Ayrımcılık			Olumsuz Ayrımcılık		
		Ort	ss	p	Ort	ss	p	Ort	ss	p
Cinsiyet										
Erkek	113	36.72	3.74	0.873	30.69	4.97	0.326	19.30	3.24	0.865
Kadın	47	36.53	4.53		31.48	3.85		19.40	3.12	
Çalıştığı Kurum										
Birinci Basamak	48	37.83	3.66	0.023	30.52	5.97	0.025	20.06	3.23	0.139
Hastane	65	35.86	3.53		29.75	4.48		18.89	3.10	
Üniversite	57	36.19	4.44		32.03	3.32		19.15	3.14	
Görev Alanı										
Pratisyen	57	37.63	3.74	0.032	30.03	5.86	0.025	20.15	3.25	0.036
Asistan	51	35.94	4.36		32.23	3.25		19.15	3.12	
Uzman	61	35.95	3.66		30.16	4.32		18.67	3.04	
Medeni Durum										
Evlü	41	36.69	3.95	0.333	30.24	4.86	0.016	19.45	3.15	0.290
Bekar	129	36.00	4.00		32.26	3.82		18.85	3.22	
Doğum Yeri										
İl	80	36.73	4.12	0.689	30.75	4.22	0.747	19.42	2.96	0.968
İlçe	56	36.01	3.84		31.01	4.68		19.14	3.52	
Köy	31	36.93	3.61		30.03	5.98		19.32	3.25	
Aile Tipi										
Çekirdek	154	36.59	4.02	0.502	30.77	4.66	0.774	19.40	3.17	0.278
Geniş	15	35.86	3.48		31.13	4.45		18.46	3.20	
Yaşlı ile Beraber Yaşama										
Evet	91	36.45	3.76	0.741	31.14	4.22	0.272	19.20	3.24	0.589
Hayır	78	36.65	4.21		30.34	5.17		19.47	3.11	
Ebeveyn Nerede Yaşıyor										
Benimle	26	35.96	4.47	0.649	30.57	5.67	0.225	19.11	3.87	0.547
Amca dayı	21	37.95	2.91		32.38	4.04		18.52	3.42	
Tek başına	91	36.38	4.07		30.42	4.51		19.59	2.85	
Kardeşle	3	36.33	0.57		22.66	11.59		18.00	3.46	
Yaşamıyor	7	35.57	4.89		30.57	2.50		18.42	4.11	
Çocuklarla Birlikte Yaşama										
Evet	32	36.50	3.81	0.965	32.50	2.95	0.001	18.71	3.21	0.198
Hayır	131	36.46	4.04		30.12	4.96		19.50	3.04	

*Sayısı 10'dan küçük olan gruplar analize dahil edilmemiştir.

gösterilmektedir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin, üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan hekimlere göre yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği toplam puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p=0.031$). Yaş ile yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ortalamaları arasında ters yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0.188$, $p=0.019$).

İleriki yaşamlarında çocukları aile kurduktan sonra, onlarla birlikte yaşamayı düşünme durumu ile yaş, medeni durum, görev alanı ve çalıştığı kurum arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. İleride ailesiyle birlikte yaşamayı isteyenlerin

yaş ortalaması 34.66 ± 9.43 , istemeyenlerin 41.26 ± 10.45 olarak belirlenmiştir ($p=0.003$). Bekar olanlar (%43.6) evlilerden (%12.1), asistanlar (%34.0) pratisyen (%15.1) ve uzman hekimlerden (%10.2), üniversitede çalışanlar (%30.4) birinci basamak (%15.9) ve devlet hastanesinde (%12.7) çalışanlardan daha fazla ileride ailesiyle birlikte yaşamak istediklerini belirtmiştir (sırasıyla $p<0.0001$, $p=0.005$, $p=0.041$).

Yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği boyutlara göre değerlendirildiğinde; hekimlerin cinsiyeti, çalıştığı kurum, görev alanları, medeni durumları, doğum yerleri, aile tipleri, yaşlı



ile beraber yaşayıp yaşamadıkları, ebeveynlerinin nerede yaşadığı, çocukları evlendikten sonra birlikte yaşamayı isteyip istemeyeceklerine dair verdikleri yanıtlara göre aldıkları puanları Tablo 2'de gösterilmektedir. Yaşlının yaşamını sınırlama alt boyutunda devlet hastanesinde çalışan hekimlerin üniversite hastanesinde ve birinci basamakta çalışan hekimlere göre ve pratisyen hekimlerin asistan ve uzman hekimlere göre daha az ayrımcılık yaptığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmada görev yeri üniversite olan, görev alanı asistan, medeni durumu bekar olan, çocukları evlendikten sonra beraber yaşamak isteyen hekimlerin yaşlılara karşı daha fazla olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır ($p<0.05$). Hekimlerin yaşları ile "olumlu ayrımcılık" alt boyutu arasında ters yönde korelasyon saptanmıştır ($r=-0.26$, $p=0.017$).

Olumsuz ayrımcılık alt boyutunda ise pratisyen hekimler uzman ve asistan hekimlere göre daha az olumsuz ayrımcılığa dair tutuma sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hekimlerin aynı evde yaşlı bulunmasıyla ileride çocuklarıyla birlikte yaşamayı istemesi ve YATÖ puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada Mersin ilinde çalışan hekimlerin yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ortalama puanları 86.57 ± 8.33 olarak belirlenmiştir. Mersin ilinde farklı kurumlarda farklı görevlerde çalışan hekimlerin olumlu tutuma sahip oldukları düşünülmektedir. Hekimlerin olumlu tutuma sahip olmaları ülkemizdeki geleneksel yaşlıya karşı saygı beklentisine uygundur (12).

Cinsiyetler arasında karşılaştırma yapıldığında kadınların YATÖ ortalama puanları (87.42) erkek hekimlerden (86.72) daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Soyuer ve arkadaşlarının sağlık meslek yüksek okulunda çalışmamızdaki ölçekle yapılan çalışmasında cinsiyetler arasında fark anlamlı olmamakla birlikte kızların daha negatif tutum sergiledikleri belirtilmektedir (17). Ancak Mersin'de yapılmış olan bu çalışmaya benzer şekilde McConatha ve arkadaşlarının Türk ve Amerikan üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada erkekler kızlara göre yaşlılara daha negatif tutum sergilemektedir (18). Gelişmekte olan ülkelerde kadın, yaşadığı evin bakıcısı ve yardımcısı konumundadır, kadınların yaşlıya karşı negatif tutum sergilemesi toplum tarafından beklenen bir tutum olduğu düşünülebilir (2,12,18). Araştırma sonuçları geleneksel yapının kadın hekimler tarafından kabul edildiğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan birinci basamakta çalışan hekimlerin, üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan hekimlere göre yaşlıya karşı tutumlarının daha olumlu olduğu düşünülebilir. Görev alanlarına göre değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, pratisyen ve asistan hekimlerin uzman hekimlere göre yaşlıya karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları tespit edilmiştir. Toplumun genel ahlak yapısı entelektüel, sosyal ve kültürel geleneklerine göre biçimlenir. Gelenekler zaman içinde değişime uğrayabilir, öncelik sırası değişebilir (7,19,20). Bilginin artışı ve uzmanlaşmanın insani değerleri etkileyeceği, adalet, özgürlük, eşitlik gibi kavramların tanımının değişebildiği ileri sürülmektedir (21). Özellikle adalet kavramının değişimi toplumun özüllüleri, yaşlılar gibi bağımlı gruplarında ayrımcılığa yol açabilir (7,22). Mersin'de yapılmış olan araştırma sonuçları da görüşleri destekler şekilde uzmanlaşmanın arttığı hastanede, uzmanlık eğitimi alan veya uzman olmuş hekimlerde ayrımcılığa dair tutumların belirginleştiğini vurgulamaktadır.

Bireyin yaşlıya karşı tutumunu ailesi, sosyoekonomik durumu, kültürü içinde yaşadığı toplum etkilemektedir (18,20). Ayrıca yaşlıların teknolojiyi daha az kullanan bölgelerde daha yüksek ekonomik ve sosyal haklara sahip olduğu görüşü bulunmaktadır (23). Çalışmadaki katılımcıların medeni durumları, doğum yerleri, aile tipleri açısından ayrımcılığa dair tutumları değerlendirildiğinde fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Çalışmada hekimlerin yaşlılara karşı sergiledikleri tutumları arasındaki farkların kültürel farklılıklardan çok çalışma koşullarından ve görev alanlarından etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmada gelecekte çocuklarıyla birlikte yaşamayı düşünen hekimler olumlu düşünüp ayrımcılığa ait daha az negatif tavır sergilemekteyken şu anda geniş aile olarak ebeveyni ile birlikte yaşayan hekimler durumdan olumsuz etkilenip negatif tavır sergilemektedir.

Çalışmaya katılan tüm hekimlerdeki negatif tutumun literatürde belirtildiği gibi kentleşme, göç ve sanayileşmenin artması, kadının çalışma yaşamına girmesi, çekirdek aileye yönelik gibi sosyal yaşamdaki hızlı değişimden kaynaklandığı düşünülmektedir (7,12,13). Ayrıca ekonomik ve sosyal sorunların yaşlının bakımını güçleştirmesinin aile fertlerini etkilemiş olabileceği veya yaşlılarla sürekli iletişim içinde olma eğer nitelikli bir birliktelik yoksa, yaşlılık dönemini yakından tanımanın hekimlerin tutumlarını negatif yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir (14,19). Aynı zamanda hekimlerin sosyokültürel yaşamın değişiminden etkilenmesi sonucunda sorumluklarını yüklenmekten kaçınmalarına, yaşlı bireyi yük olarak değerlendirebilmelerine de bağlanabilir (7).



Yaşla birlikte kronik hastalıkların artmasının doğurduğu güçsüzlük ve hastalık kaygısı, ölüm korkusu, yaşlıların bağımlı nüfus olarak kabul edilmesi ayrımcılığa neden olan temel düşüncelerdendir (13,18,24). Çalışmaya katılan hekimlerin yaşlıları daha hoş görülmesi, daha sabırlı, yaşam deneyimlerinden faydalanılması gereken kişiler olarak görmelerine rağmen, ekonomi ve üretkenliği ilgilendiren konularda gençlere öncelik verilmesini istemeleri dikkat çekmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan hekimlerin yaşları arttıkça yaşlılara karşı olumlu düşünceleri azalmaktadır. Uzman ve uzmanlaşma için eğitim alan asistan hekimlerin diğer hekimlere nazaran negatif tutumunun fazlalığının nedeni olarak; çalışma ortamlarına bağlı yaşlı bireylerdeki kronik hastalıklarla daha fazla karşılaşmaları veya çalışma koşullarının ayrımcılığa önleyememesi şeklinde ileri sürülebilir (7,13). Tıp alanındaki ilerlemeler, yaşlanma ve yaşlılıkla paralel olarak öldürücü olmayan işlevsel yetersizliğe neden olan hastalığa sahip yaşlı bireylerin artmasına neden olmuştur. Benzer şekilde yaşlılıkta daha fazla görülme olasılığı olan kronik hastalıklar yaşam kalitesinde azalma, yaşlılık döneminde hastalık kaynaklı bağımlılığın artmasına neden olmaktadır (7). Bilim ve teknolojideki ilerlemeler bu hastalıkların etkisini azaltmaya yönelik gelişmeleri içinde barındırır da beklenen düzeyde değildir (7). Günümüzde yaşlı sağlığı hizmetine gereksinim hızlı bir şekilde artmaktadır, planlama ve hizmet sunumu hekimin sahip olduğu kişisel özellikler kaynaklarının ulaşılabilirliği ve hizmetin sürdürülebilirliği açısından önemlidir (2,19). Ayrıca çalışmamızdaki verilere göre hastanede ve üniversitede çalışan asistan ve uzman hekimlerin çalıştıkları kurumların ayrımcılığa dair negatif bir etkisi olduğu ileri sürülebilir. Hekimin veya sağlık personelinin yaşlı ayrımcılığına dair olumsuz tutumu sağlık hizmetleri sunumunun adil dağılımını etkiler (13,22). Tıptaki bilgi ve teknolojinin gelişimiyle birlikte yaşlı sağlık hizmetine yönelik planlamaların ve hizmet sunumunun şekillendirilmemesi hekimleri ve hizmet sunumundan yararlanan yaşlıları etkiler (2,7,9,13). Yaşlılar gibi özel olarak sunum planlanması gereken gruplar ayrımcılıktan dolayı sağlık planlamalarının içinde yer almaz, adaletli bir şekilde hizmet sunumundan yararlanamaz (13,22). Toplumdaki bilim ve teknolojinin ilerlemesine paralel değer değişiklikleri diğer ilkelere birlikte adalet ilkesini etkiler (21). Çalışmaya katılan hekimlerin YATÖ puan ortalamaları her ne kadar yüksek bulunmuş olsa da var olan olumsuzluklar hizmet sunumunda yaşlıya karşı ayrımcılık olabildiğine işaret etmektedir. Ayrımcılık kültürüne yerleşip şiddet içermediği zaman fark edilmediği gibi maruz kalırsa bile insanları rahatsız etmeyebilir. Bunun sonucu olarak ayrımcılığa karşı konulmaz ve mücadele edilmez

(25). Sağlık hizmetlerinin sunumundaki ayrımcılık genel olarak negatif tavır şeklinde ölçülmesi ve ortaya konulması zor bir şekilde varlığını hissettirir (9).

Sonuç olarak, çalışmaya katılan hekimlerin ortalama puanları aynı ölçekle üniversite öğrencilerinde yapılan çalışma sonuçlarına benzerdir. Ancak hekimlerin az da olsa var olan ayrımcılığa dair görüşleri kişisel özelliklerinden dolayı değil hizmet sunumunda görev yerleri ve görev alanlarının koşullarına bağlı olabilir, bu duruma yol açan etkenlerin irdelenmesi, tıp etiği temel ilkelerinden birisi olan adalet ilkesinin yerine getirilebilmesi için olumsuz ayrımcılığın ortadan kalkmasına yönelik çalışmaların yapılması zorunludur.

Hekimlerin yaşlılara karşı var olan olumlu tutumlarının pekiştirilmesi, olumsuz tutumlarının ortadan kaldırılması için çalışma yerleri ve görev alanları arasındaki farklılıklar göz önüne alınarak tüm alanlara uyarlanabilen yaşlı ayrımcılığına özel eğitimler gerçekleştirilmelidir.

Yaşlı hasta bakımının koruyucu hekimlik içine yerleştirilmesi, yaşlıların sağlık hizmetlerinden hak ettiği kadar yararlanması hekimlerin yaşlı ayrımcılığına karşı duyarlılaştırılması sayesinde mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Aydın ZD. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. *Turkish Journal of Geriatrics* 1999;2(4):179-87.
2. T.C. Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. DPT Matbaası, Ankara 2007, pp 60-76. [Internet] Available from: <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf>. Erişim: 3.8.2011.
3. Kaya M, Aslan D, Acar Vaizoğlu S, et al. Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2008;11(1):12-7.
4. Öz F. Yaşamın son evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi* 2002;10(2):17-28. [Internet] Available from: <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/103/783.pdf>. Erişim: 3.8.2011.
5. Uzel İ. Tıp etiği eğitimi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics-Law-Hist* 1994;2(3):121-6.
6. Çobanoğlu N. Tıp Etiği. İlke yayınevi, Ankara 2007, pp 9-21.
7. Büken N, Büken E. Yaşlanma olgusu ve tıp etiği. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003;6(2):75-9.
8. Uncu Y, Özçakır A. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003;6(1):31-7.
9. Phelan A. Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: implications for nursing discourse. *Nurs Inq* 2008;15(4):320-9. (PMID:19076708). [Internet] Available from: <http://onlinelibrary>



- rary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2008.00423.x/pdf. Accessed: 3.8.2011
10. Aydın E, Ersoy N. Tıbbi etik'te "adalet ilkesi". *Türkiye Klinikleri J Med Ethics-Law-Hist* 1994;2(2):61-3.
 11. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu Ü, Çalı Ş, Oktay Ş. Yaşlılara verilen eğitimin ilaç kullanım uyumuna etkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2001;4(3):100-5.
 12. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004;7(4):225-30.
 13. Akdemir N, Çınar Fİ. Görgülü Ü. Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007;10(4):215-22.
 14. T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi 2010. Koza Matbaası, Ankara 2010 pp 21-47,123-51. [Internet] Available from: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-58121/h/yaslisagligitani-tedavirehberi2010.pdf>. Erişim: 3.8.2011.
 15. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2001;4(1):22-7.
 16. Nelson DT. Ageism: Prejudice against our feared future self. *J Soc Issues* 2005;61(2):207-21.
 17. Vefikuluçay, D., Terzioğlu, F. "Development and psychometric evaluation of ageism attitude among the university students," *Turkish Journal of Geriatrics*, 2011;14:259-60
 18. McConatha JT, Hayta V, Reiser-Danner L, McConatha D, Polat TS. Turkish and U.S. attitudes toward aging. *Educ Gerontol* 2004;30(3):169-83. [Internet] Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03601270490272106>. Accessed: 3.8.2011.
 19. Aykan H, Wolf DA. Traditionality, modernity and household composition. *Res Aging* 2000;22:395-421.
 20. Wilkinson JA, Ferraro KF. Thirty years of ageism research. In: Nelson T.D.(Ed) *Ageism: Stereotyping And Prejudice Against Older Persons*. The MIT Press, USA, 1998, pp 339-58. [Internet] Available from: https://cognet.mit.edu/login/?return_url=%2Flibrary%2Fbooks%2Fmitpress%2F0262140772%2Fcache%2Fchap12.pdf. Accessed:3.8.2011.
 21. Horkheimer M. Akıl tutulması. Yedinci Basım, Metis yayınları, İstanbul 2008, pp 55-118.
 22. Şahinoğlu SP, Arda B. Etik açıdan yaşlılık ve hekim-hasta ilişkileri. *Turkish Journal of Geriatrics* 1998;1(1):39-42.
 23. Franz P, Ueltzen W, Vaskovics L. Residential segregation of the elderly in West-German cities. *Neth J of Housing and Environmental Res* 1989;4:371-82. [Internet] Available from: <http://www.springerlink.com/content/40341t1n88731676/fulltext.pdf>. Accessed: 3.8.2011.
 24. McConatha JT, Huba HM. Primary, secondary, and emotional control across adulthood. *Curr Psychol* 1999;18(2):164-70. [Internet] Available from: <http://www.springerlink.com/content/et8n5p4p40158nn1/fulltext.pdf>. Accessed:3.8.2011.
 25. Karataş K. Özürlülere yönelik ayrımcılık ve ayrımcılıkla savaşım. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi* 2002;2(1):1-10.