

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ YAŞLILARA KARŞI TUTUMLARI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Dr. NUR ECE ÖZTAŞ ŞÜKÜR**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**2021**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ YAŞLILARA KARŞI TUTUMLARI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Dr. NUR ECE ÖZTAŞ ŞÜKÜR**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR**

**Anabilim Dalı Başkanı**

**Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR**

**Etik Kurul Uygunluk Onayı**

**Karar No: KÜ GOKAEK 2020/22.14 Proje No:2020/369**

**2021**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca çalışma onuruna eriştiğim, hoşgörü anlayışı ve tecrübesi ile beni aydınlatan, her zaman teşvik ve desteğini gördüğüm, iyi bir hekim ve insan olarak yetişmem için emek veren, bilgi ve deneyimlerini her daim asistanları ile paylaşan, asistanı olmaktan gurur duyduğum sayın hocam Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum KOÜAH ailemizin her bir mensubu olan Aile Hekimliği asistanlarına,

Eğitim sürecim boyunca tüm klinik rotasyonlarda bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım ve asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca, her konuda sevgilerini ve desteklerini arkamda hissettiğim sevgili annem Sevgi ÖZTAŞ'a, kıymetli babam Cavit ÖZTAŞ'a, her daim soluklarını ensemde hissettiğim canım ablam Merve GÜN ve eniştem Vahap GÜN'e,

Destek ve sevgilerini hiçbir zaman benden esirgemeyen sevgili eşimin ailesine,

Hayatıma girdiği günden beri güveni ve sevgisiyle beni güçlendiren, değerli fikirleriyle her zaman yanımda olan hayatı paylaşmaktan mutluluk duyduğum sevgili eşim Erhan ŞÜKÜR'e,

Bu süreçte en küçük yaşlarıyla, sabrın en büyüğünü gösteren, varlıklarıyla onurlandığım kıymetlilerim, yavrularım Arda'ya ve Can'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

Nur Ece ÖZTAŞ ŞÜKÜR

KOCAELİ, 2021

## ÖZET

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı; Türkiye’de tam zamanlı aile hekimliği asistanlığı yapmakta olan hekimlerin yaşlılara yönelik tutumlarını araştırmak ve bu tutumlar ile ilişkili faktörleri tanımlamaktır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Tasarım tipi kesitsel olan araştırmanın evreni, çalışmanın yapıldığı Aralık 2020 tarihinde Türkiye’de tam zamanlı uzmanlık eğitimi almakta olan aile hekimliği asistanlarından oluşmaktadır. 387 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Online anket yöntemi kullanılan araştırmanın veri toplama formunda UCLA Yaşlı Tutum Değerlendirme Anketi, sosyodemografik bilgiler, hekimlik ve asistanlığa dair bilgiler, tıp fakültesinde ve uzmanlık sırasındaki geriatri eğitimine, yaşlı aile bireylerine ve yaşlı sağlığı ile ilgilenme durumuyla ilgili sorular yer almıştır. Çalışma onamı anket metninin önünde yer alan yazılı onam ile alındı. İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. İki yönlü hipotezlerin testinde  $p < 0,05$  istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışmamıza %72’si ( $n=278$ ) kadın, %27,5’i ( $n=106$ ) erkek, cinsiyetini belirtmek istemeyen %0,5 ( $n=2$ ) olmak üzere toplam 386 tam zamanlı aile hekimliği asistanı katılmıştır. Katılımcıların %69,7’si ( $n=269$ ) 20-29 yaş aralığında, %30,3’ü ( $n=117$ ) 30 yaş ve üzerindedir. Asistanların %68,9’u ( $n=266$ ) üniversite hastanesinde, %31,1’i ( $n=120$ ) eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmaktadır. Toplam çalışma süresi ortalama  $4,15 \pm 2,86$  yıl, asistanlıkta geçen ortalama süre  $22,6 \pm 11,2$  aydır. Ortalama UCLA-GAS skoru  $42,88 \pm 6,20$  (min 25, maks 62) saptanmıştır. Asistanlık sırasında uzmanlık eğitim programı içerisinde bölüm tarafından yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitimi almadığını belirten kişiler, eğitim alan kişilere göre daha yüksek UCLA toplam puanı almış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,007$ ).

**SONUÇ:** Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinde yaşlılara karşı nötral-hafif olumlu tutum saptanmıştır. UCLA-GA toplam puanını etkileyen tek değişken uzmanlık eğitimi sırasındaki yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitim programı olup olmamasıdır. Yaşlılara karşı tutumları etkileyen faktörler oldukça karmaşık ve çok boyutlu olup, ileri araştırmaların yapılması gereklidir.

**Anahtar kelimeler:** Yaşlı bakımı; UCLA Yaşlı Tutum Değerlendirme Anketi; Aile hekimliği asistanlığı; Yaşlılara karşı tutum



## ABSTRACT

**AIM:** The aim of this study; to investigate the attitudes of physicians who are full-time family medicine residents in Turkey towards the elderly and to define the factors associated with these attitudes.

**MATERIALS AND METHODS:** The universe of the research, whose design type is cross-sectional-analytical, consists of family medicine residents who were receiving full-time residency training in Turkey as of December 2020, when the study was conducted. 387 people were included in the study. The data collection form of the study, in which the online questionnaire method was used, included the University of California at Los Angeles Geriatrics Attitudes Scale (UCLA-GAS) sociodemographic information, information about geriatric education in medical school and during residency, questions about elderly family members, and questions about dealing with the health of the elderly. Study consent was obtained with the written consent given in front of the text of the questionnaire. Statistical Package for the Social Sciences 20 package program was used to evaluate the data obtained from the study. In the testing of two-sided hypothesis,  $p < 0,05$  was considered sufficient for statistical significance.

**RESULTS:** A total of 386 full-time family medicine residents, 72% (n=278) female, 27.5% (n=106) male, and 0.5% (n=2) who did not want to state their gender, participated in our study. 69.7% (n=269) of the participants were between the ages of 20-29, and 30.3% (n=117) were aged 30 and over. 68.9% (n=266) of the residents work in a university hospital and 31.1% (n=120) in a training and research hospital. The mean total working time was  $4.15 \pm 2.86$  years, and the mean time spent in residency was  $22.6 \pm 11.2$  months. The mean UCLA-GAS score was  $42.88 \pm 6.20$  (min 25, max 62). People who stated that they did not receive an elderly health education structured by the department within the residency training program during their residency received a higher UCLA total score than those who received the training, and this difference was found to be statistically significant ( $p=0.007$ ).

**CONCLUSION:** Neutral-mild positive attitudes towards the elderly were determined among full-time family medicine residents. The only variable that affects the UCLA-GA total score is whether there is a structured elderly health education program during residency training. The

factors affecting attitudes towards the elderly are quite complex and multidimensional, and further research is required.

**Keywords:** Elderly care; University of California at Los Angeles Geriatrics Attitude Scale; Family medicine residency; Attitudes to the older adults



# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	3
ÖZET .....	4
ABSTRACT .....	6
İÇİNDEKİLER.....	8
KISALTMALAR VE SİMGELER .....	10
TABLolar DİZİNİ .....	12
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	14
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	15
2.GENEL BİLGİLER.....	17
2.1.YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI .....	17
2.2. NÜFUS YAŞLANMASI .....	18
2.2.1. DÜNYA'DA YAŞLI NÜFUS.....	19
2.2.2. TÜRKİYE'DE YAŞLI NÜFUS.....	21
2.3.YAŞLANMA SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİKLİKLER.....	21
2.4. EĞİTİMDE YAŞLI SAĞLIĞININ YERİ.....	29
2.4.1. TIP FAKÜLTESİ EĞİTİMİNDE YAŞLI SAĞLIĞI .....	29
2.4.2. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE YAŞLI SAĞLIĞI .....	31
2.5. BİRİNCİ BASAMAKTA YAŞLI SAĞLIĞINA YAKLAŞIM.....	32
2.6. YAŞLI AYRIMCILIĞI VE YAŞLILARA KARŞI TUTUM.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	37
4. BULGULAR .....	40
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	40
4.2. HEKİMLERİN YAŞLI SAĞLIĞI YÖNETİMİ KONUSUNDA EĞİTİM BİLGİLERİ .....	42
4.3. HEKİMLERİN AİLELERİNDEKİ YAŞLI BİREYLERE YÖNELİK BİLGİLER .....	47



4.4. KATILIMCILARIN UCLA-GA'DAN VE ALT BOYUTLARINDAN ALDIKLARI PUANLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ.....	49
4.5. KATILIMCILARIN UCLA-GA'DAN VE ALT BOYUTLARINDAN ALDIKLARI PUANLARIN HEKİMLİK DENEYİMLERİ VE EĞİTİM İLE İLİŞKİSİ.....	51
4.6. KATILIMCILARIN UCLA-GA'DAN VE ALT BOYUTLARINDAN ALDIKLARI PUANLARIN AİLE ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ.....	63
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>67</b>
<b>5.1. YAŞLILARA KARŞI TUTUMUN DEĞERLENDİRİLDİĞİ ANKETLERDE TOPLAM PUAN KARŞILAŞTIRMASI .....</b>	<b>67</b>
5.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE UCLA-GAS PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI....	69
5.2.1. YAŞ.....	69
5.2.2. CİNSİYET.....	70
5.2.3. MEDENİ DURUM.....	71
5.2.4. GELİR DÜZEYİ.....	71
5.2.5. AİLE YAPISI VE YAŞLI AİLE BİREYLERİ İLE YAŞAMA DURUMU.....	71
5.3. HEKİMLİK VE EĞİTİM DENEYİMLERİ İLE UCLA-GA PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI ..	73
5.3.1. HEKİMLİK SÜRESİ VE AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLIĞINDA GEÇEN SÜRE.....	73
5.3.2. TIP FAKÜLTESİ VE UZMANLIK SIRASINDA ALINAN EĞİTİM.....	74
5.3.3. GELECEKTE GERİATRİK HASTALARLA İLGİLENME.....	79
5.3.4. YAŞLILARLA OLUMLU İLİŞKİ DURUMLARI.....	79
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>81</b>
<b>7. KAYNAKÇA .....</b>	<b>83</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>91</b>
8.1. EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU .....	91
8.2. EK 2: ANKET KULLANIM İZİNİ.....	103
8.3. EK 3: ETİK KURUL ONAYI.....	106

## KISALTMALAR VE SİMGELER

**ACTH:** Adrenokortikotropik Hormon

**Ark.:** Arkadaşları

**ASD:** *The Ageing Semantic Differential*

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**BH:** Büyüme Hormonu

**BKA:** Böbrek kan akımı

**BM:** Birleşmiş Milletler

**COE:** *Care of the Elderly*

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**E-ASM:** Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

**EKG:** Elektrokardiyografi

**FSH:** Follikül Stimülizan Hormon

**GFR:** Glomerüler Filtrasyon Hızı

**KOGAN:** Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği (*Kogan Attitudes Toward Old People Scale*)

**LH:** Lüteinizan hormon

**Maks:** Maksimum

**Min:** Minimum

**MSAS:** *Modified Maxwell–Sullivan Attitude Survey*

**OADR:** *Old Age Dependency Ratio*

**POADR:** *Prospective Old Age Dependency Ratio*

**PTH:** Serum Paratiroid Hormon

**SAHU:** Sözclemeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

**SB:** Sağlık Bakanlığı

**TAYA:** Türkiye Aile Yapısı Araştırması

**TeGeMe I-II:** Tıp Eğitiminde Geriatri Öğretimi

**TSH:** Tiroid Stimulan Hormon

**TUK:** Tıpta Uzmanlık Kurulu

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**UCLA-GA:** Yaşlı Tutum Değerlendirme Anketi (*University of California, Los Angeles Geriatrics Attitudes Scale*)

**UÇEP:** Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

**VO2mak:** Maksimum Oksijen Tüketimi

**WONCA:** *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği)

**YATÖ:** Yaşlı Ayrımcılığı Tutum lçeği

## TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....	40
Tablo 2: Katılımcıların Meslekte Çalışma Süreleri .....	41
Tablo 3: Asistan hekimlerin yaşlı sağlığı hizmetleri sunan birimlerde çalışma durumları .....	42
Tablo 4: Huzur evi ziyaretinde bulunma sıklığınız? .....	42
Tablo 5: Tıp fakültesinde aldığınız yaşlı sağlığı yönetimi eğitimi konusunda, mezuniyetiniz sırasındaki yeterlilik düzeyi.....	43
Tablo 6: Okuduğunuz tıp fakültesinde geriatri kliniği var mıydı? .....	43
Tablo 7: Katılımcıların uzmanlık eğitim programı içerisinde yaşlı sağlığı eğitimi alma durumları ve uzmanlık eğitimi alınan hastanede geriatri kliniği bulunma durumu .....	44
Tablo 8: Katılımcıların Yaşlı sağlığı yönetimi konusunda Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda (v2.4-2019) belirtilen "karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişim uygulayabilme" konusunda yeterlilik düzeyi .....	44
Tablo 9: Asistan hekimlerin çeşitli geriatrik konularda kendilerini yeterli görme dereceleri ...	45
Tablo 10: Asistan hekimlerin yaşlı sağlığına yönelik katıldıkları kurs,seminer, panel sayısı ..	46
Tablo 11: Hekimlerin geriatri konusunda geleceğe yönelik düşünceleri .....	46
Tablo 12: Ailedeki yaşlı bireylere yönelik bilgiler.....	47
Tablo 13: Yaşlılara Yönelik Bakış Açısı .....	48
Tablo 14: Katılımcıların yaşlılar ile ilişki düzeyi.....	49
Tablo 15: UCLA-GA Toplam ve Alt Boyut Puanları .....	49
Tablo 16: Katılımcıların UCLA-GA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi .....	50
Tablo 17: Hekimlik süresi ile UCLA-GA ve alt boyutlarının korelasyonu .....	52

Tablo 18: Tıp Fakültesinde Eğitim Durumu ile UCLA-GA ve Alt Boyutları ile İlişkisi.....	52
Tablo 19: Uzmanlık Eğitimi Sırasında Alınan Yaşlı Sağlığı Eğitimi İle UCLA-GA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	54
Tablo 20: Katılımcıların çeşitli geriatrik konularda kendilerini yeterli görme dereceleri-1 .....	57
Tablo 21: Katılımcıların çeşitli geriatrik konularda kendilerini yeterli görme dereceleri-2 .....	59
Tablo 22: Katılımcıların huzurevini ziyaret durumuna göre UCLA-GA puanlarının karşılaştırılması.....	63
Tablo 23: Aile Özellikleri ve UCLA-GA Puanlarının Karşılaştırılması .....	64

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Uzmanlık eğitimi aldığınız akademisyen, uzman vs. kişi/kişilerin yaşlı sağlığı hizmetlerinde çalışma deneyimi- Sosyal değerler alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi) .....	55
Şekil 2: Gelecekte yaşlı sağlığına yönelik hizmet sunan birimlerde çalışmak ister misiniz? - Şefkat alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi).....	56
Şekil 4: Katılımcıların ruhsal durumu değerlendirmede kendilerini yeterli görme dereceleri- Tıbbi bakım alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi) .....	58
Şekil 5: Katılımcıların adli sorunlar ve istismar hakkında kendilerini yeterli görme dereceleri- 1- Sosyal değerler (Pairwise ikili karşılaştırma testi).....	60
Şekil 6: Katılımcıların adli sorunlar ve istismar hakkında kendilerini yeterli görme dereceleri- 2- Şefkat alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi) .....	61
Şekil 7: Katılımcıların adli sorunlar ve istismar hakkında kendilerini yeterli görme dereceleri- 3- Toplam puan (Pairwise ikili karşılaştırma testi) .....	62
Şekil 8: Katılımcıların 65 yaş ve üzeri aile bireyi ile beraber yaşama istekleri-1 – Tıbbi bakım alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi).....	65
Şekil 9: Katılımcıların 65 yaş ve üzeri aile bireyi ile beraber yaşama istekleri-2- Kaynak dağılım alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi).....	66

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Son 50 yılda doğurganlık hızının düşmesi ve beklenen yaşam süresinin uzaması ile tüm dünyada hızla yaşlanan bir nüfus söz konusudur<sup>1</sup>. 2019 yılı Birleşmiş Milletler (BM) Raporu'na göre 65 yaş ve üzeri nüfus, dünya nüfusunun %9'u olup 703 milyon kişidir. Tahminlere göre bu sayının 2050 yılında ikiye katlanarak %16'ya ulaşp, 1,5 milyar kişi olması beklenmektedir<sup>2</sup>. Ülkemizde de dünya nüfusuna benzer bir yaşlanma oranı gözlenmekte olup, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzeri nüfusun 2019 yılında 7 milyonu aştığı ve Türkiye nüfusunun %9,1'i olduğu belirtilmiş olup, nüfus projeksiyonlarına göre bu nüfusun 2040 yılında %16,3'e ulaşması beklenmektedir<sup>3</sup>.

Yaşam süresinin uzaması ve nüfusun yaşlanması ile beraber kronik hastalık ve bakım yükü artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir<sup>4,5</sup>. Yaşlılar fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak bağımlı hale gelmeye başlamıştır. Bu durum toplumun yaşlılığa bakışını ve yaşlılara yönelik tutum ve davranışlarını etkilemektedir<sup>6</sup>. Yaşlılara yönelik ayrımcı tutumlar bu kişilerin aldığı sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkileyebileceğinden, özellikle birinci basamakta çalışan hekimlerin yaşlanma ve yaşlılığa yönelik tutumlarını tanımak önemlidir<sup>7</sup>. Bu nedenlerle sağlıklı yaşlanma ortamı oluşturmak, kronik hastalıklardan korunmak bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu hizmetlerin sağlanması yaşlı nüfusa en ulaşılabilir ve maliyet etkin olan birinci basamak sağlık hizmetleri ile sağlanabilir<sup>8</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2020 yılının ağustos ayında 2020-2030 yılları "Sağlıklı Yaşlanmanın On yılı" olarak belirlenmiştir. Yaş ve yaş ayrımcılığına karşı düşüncelerimizi, hislerimizi ve hareketlerimizi değiştirmek, yaşlı insanların yeteneklerini geliştirmeye yönelik topluluklar geliştirmek, yaşlılara duyarlı kişi merkezli entegre bakım ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunmak, ihtiyacı olan yaşlılara kaliteli uzun vadeli bakıma erişim sağlamak için yaşlıların ve ailelerinin yaşamlarını iyileştirme yönünde çalışmalar yapılmaktadır<sup>9</sup>. Türkiye'de geriatrik popülasyona hekimler tarafından sunulan sağlık hizmeti büyük çoğunlukta birinci basamakta aile hekimleri ve ikinci ve üçüncü basamakta dahiliye ve geriatri yan dal uzman hekimleri tarafından sağlanmakta olup, bu hekimlerin tıp

fakültesi ve mezuniyet sonrası dönemde geriatrik popülasyona yönelik eğitim almaları oldukça önemlidir<sup>8</sup>. İhtiyaçlara uygun planlanan ve uygulanan yaşlı sağlığı eğitimlerinin aile hekimliği uzmanlık eğitim programı içerisinde yer alması ileride sunulacak birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin artmasını sağlamakla birlikte yaşlılara yönelik tutumları iyileştirecek, farkındalığı artıracaktır<sup>10</sup>. Kısa bir süre içinde birinci basamakta çalışacak olan aile hekimliği asistanlarının yaşlılara yönelik tutumlarını ortaya koymak, bu konudaki eğitim ihtiyaçlarını önceden tanıyıp tespit etmek gelecekte yaşlılara yönelik sunulacak birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesini ve yaşlılara yönelik olumlu tutumları arttıracaktır. Ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerinde, hemşirelik öğrencilerinde çok sayıda çalışmalar olmakla birlikte aile hekimi asistanlarında yaşlılara yönelik tutumu tespit etmek amacıyla yapılmış az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu amaçla bu çalışmada; Türkiye’de tam zamanlı aile hekimliği asistanlığı yapmakta olan hekimlerin yaşlılara yönelik tutumlarını araştırmak ve bu tutumlar ile ilişkili faktörleri tanımlamak hedeflenmiştir.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI

Kronolojik olarak BM “yaşlı” sınırını 60 yaş olarak kabul etmekte iken, DSÖ “yaşlı” sınırını 65 yaş ve üzeri kişiler olarak belirlemiştir ve tıbbi literatürde genel olarak bu kronolojik yaş sınır olarak kullanılmaktadır<sup>11-13</sup>. 65-74 yaş arası “genç yaşlılık”, 75-84 yaş arası “orta yaşlılık”, 85 yaş ve üzeri “ileri yaşlılık” olarak gruplandırılmıştır<sup>14</sup>.

Genel olarak “yaşlı olma” bir nitelemeyi, “yaşlanma” bir süreci ve “yaşlılık” ise bu sürecin sonunda başlayan dönemi ifade etmektedir<sup>15</sup>. “Yaşlanma”, dünyaya gelen her canlının zaman içerisinde aldığı mesafe olup ölüme sona eren, yaşın artması sürecidir. DSÖ yaşlanmayı stres ve çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yetisinde azalma olarak tanımlamaktadır<sup>16</sup>. “Yaşlılık” ise sözlük anlamı olarak yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır<sup>17</sup>. Yaşlılık ve yaşlanma sözcük anlamı ile genel olarak çok yalın bir kavram olmakla birlikte kimi “yaşlı” olarak tanımlayacağımız birçok bakış açısına göre farklılık göstermektedir<sup>18</sup>.

Yaşlılık biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Biyolojik boyutuyla yaşlanma, kronolojik yaşla birlikte zaman içinde çok çeşitli moleküler ve hücrel hasarların birikmesinden kaynaklanan değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir<sup>16</sup>. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir<sup>17</sup>. Tüm bunlarla birlikte yaşlanma ile zihinsel ve fiziksel kapasitede azalmalar, hareket yeteneğinde yavaşlama görülse de, birey kendini yaşlı hissetmeyebilir. Yaşlılık, durağan ve değişmez bir yaşam dönemi değildir<sup>17,18</sup>. 80 yaşındaki bir bireyin fiziksel ve zihinsel kapasitesi 20 yaşındaki bir bireyden daha iyi olabilir, bu nedenlerle tipik bir “yaşlı” tanımını yapmak güçtür<sup>16</sup>.

## 2.2. NÜFUS YAŞLANMASI

BM nüfus yaşlanmasını; yaşlı bireylerin toplam nüfus içerisinde orantılı olarak daha büyük bir payı haline gelmesi olarak tanımlamıştır<sup>13</sup>. İnsan ömrünün uzaması ve doğurganlık seviyelerindeki azalma ile birlikte nüfus yaş dağılımında genç yaştan ileri yaşlara doğru bir kayma söz konusudur<sup>2</sup>. Gelişmiş ülkelerde daha belirgin olan yaşlanma olgusu, artık gelişmekte olan ülkeler açısından da önem kazanmakta olup ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %4'ten az olduğu toplumlar “genç”, %4-7 arasında olduğu toplumlar “erişkin”, %7-10 arasında olduğu toplumlar “yaşlı”, %10'un üzerinde olduğu toplumlar “çok yaşlı” olarak isimlendirilmektedir ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının %10'u geçmesi nüfus yaşlanmasının bir göstergesidir<sup>14,19</sup>. Ülkemiz de yaşlı toplumlar arasında yer almaktadır<sup>14</sup>. Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, eğitime, iş imkânlarına ve aile hayatına kadar toplumun her yönünü etkilemektedir<sup>11</sup>.

Nüfus yaş yapısındaki eğilimleri tanımlamak için yaygın olarak kullanılan ölçümler, yetişkinleri “yaşlı” ve “yaşlı olmayanlar” olarak sınıflandırır. “Yaşlı” eşiğinin nasıl belirlendiği, nüfusun yaşlanmasını anlamamız açısından oldukça önemlidir. Yaşlılık eşiğinde olan kişiler, nerede ve ne zaman yaşadıklarına bakılmaksızın, ilgili özellikler bakımından birbirlerine kabaca eşdeğer olmalıdır<sup>20</sup>. BM bu hesaplamayı iki şekilde belirler; birinde yaşlılık eşiğini sabit bir kronolojik yaşa göre -genellikle 65 yaş- hesaplar, diğerinde ise geri kalan yaşam beklentisine dayandırarak hesaplar<sup>20</sup>. En basit ve en yaygın kullanılan ölçüt 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yüzdesinin hesaplanmasıdır<sup>2</sup>. Bir başka ölçüt, 65 yaş ve üzerindeki kişilerin sayısının çalışma yaşı olan 20-64 yaş arasındaki sayıya bölünmesiyle saptanan yaşlı bağımlılık oranıdır (*Old Age Dependency Ratio (OADR)*). Genellikle sosyal ve ekonomik bağımlılığı ölçmek için kullanılan bu ölçüt emeklilik yaşının “60-65 yaş” olması ve nüfus yaşlanmasının etkisini en belirgin ortaya koyması nedeniyle yaygın kullanılan ölçütlerden biridir<sup>18</sup>. Tüm bunların yanı sıra her toplumda yaşa, kültüre, yaşlanma özelliklerine, sosyoekonomik bağımsızlığa, işsizlik oranlarına bağlı olarak değişen bir yaşlı bağımlılık oranının olması nüfus yaşlanmasına ilişkin anlayışımızı genişletmeyi gerektirmiştir. Bu sebeple sosyoekonomik faktörlerle birlikte sağlıkla ilgili faktörleri de dikkate alan geleneksel demografik ölçümleri iyileştirmek için alternatif kavramlar ve yöntemler geliştirilmiştir. Yeni

ölçütlerden biri, kalan yaşam süresine dayalı ileriye dönük yaşlı bağımlılık oranı (*Prospective Old-Age Dependency Ratio (POADR)*) ya da “prospektif yaş” olarak adlandırılmakta ve 20 yaş ve üzeri kişilerde beklenen yaşam süresi 15 yıl ve daha az olan yaş grubundaki kişi sayısının, beklenen yaşam süresi 15 yıldan fazla olan yaş grubundaki kişi sayısına bölünmesiyle elde edilen değerdir<sup>2,20</sup>. Bu ölçüt, geleneksel kronolojik yaş “yaşlılık sınırı” olarak alan yaşlı bağımlılık oranına kıyasla birçok ülke için yaşlı bağımlılığında daha yavaş bir artış olduğunu göstermektedir<sup>2</sup>. Örneğin Avrupa’da, 1990-2015 yılları arasında yaşlı bağımlılık oranı (OADR) keskin bir hızla artarken, ileriye dönük yaşlı bağımlılık oranı (POADR) beklenen yaşam süresinin artmasını yansıtır şekilde bu dönemde düşüş göstermiştir<sup>21</sup>. Ölçümlerin statik fakat yaşlılığın değişken olması nedeniyle otoriteler tarafından literatür bilgisinin de bu yönde genişlemesi gerektiği düşünülmektedir<sup>20,22</sup>. Yaşlılığın değerlendirilmesinde kullanılan diğer parametreler şunlardır:

- Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl): Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısı,
- Ortanca yaş: Bir nüfusu iki eşit bölüme ayıran yaş. Nüfusu oluşturan kişilerin yaşları küçükten büyüğe sıralandığında ortadaki yaş,
- Nüfus piramidi: Nüfusun yapısının yaş ve cinsiyet temelinde demografik gösterimi<sup>23</sup>.

### **2.2.1. DÜNYA’DA YAŞLI NÜFUS**

Nüfus yaşlanması küresel bir fenomen olup hemen hemen Dünya’daki tüm ülkelerin nüfusu yaşlanmaktadır. 2020 yılında 65 yaş ve üstü Dünya nüfusu 727 milyon kişiye ulaşmış durumdadır<sup>24</sup>. BM’nin projeksiyonlarına göre 2019’da dünya nüfusunda bulunan 65 yaş ve üzeri 703 milyon kişinin, 2050’de ikiye katlanarak 1,5 milyara çıkması beklenmektedir. Dünya’daki 65 yaş ve üstü nüfusun payı 1990’da %6 iken, 2020’de bu oran %9,3’e yükselmiştir<sup>2,24</sup>. 2050’de %16’ya çıkması beklenmekte olup, dünya genelinde her altı kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olacağı öngörülmektedir<sup>2</sup>.

Nüfus yaşlanma hızının en hızlı olduğu yerler, Doğu ve Güneydoğu Asya ile Latin Amerika ve Karayipler olmuştur. Doğu ve Güneydoğu Asya'da bu oran 1990-2019 yılları arasında %6'dan %11'e, Latin Amerika ve Karayipler'de %5'ten %9'a yükselerek neredeyse iki katına çıkmıştır. 2019 ve 2050 arasında da, yaşlıların payının dört bölgede (Kuzey Afrika ve Batı Asya, Orta ve Güney Asya, Latin Amerika ve Karayipler ve Doğu ve Güneydoğu Asya) en az iki katına çıkması beklenmektedir<sup>2</sup>. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke ise sırasıyla ile Monako (%34,5), Japonya (%28,5) ve Almanya'dır (%22,9)<sup>25</sup>.

Dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süresi 72,3 yıl olup, bu süre kadınlar için 74,7 yıl, erkekler için 69,9 yıldır<sup>2</sup>. Kadınlar erkeklerden ortalama olarak daha uzun yaşadıkları için, özellikle ileri yaşlarda yaşlı kişilerin çoğunluğunu oluşturmaktadırlar<sup>24</sup>. 2015-2020'de 65 yaşına ulaşan bir kişi için beklenen yaşam süresi ise ortalama olarak 17 yıl olup 2045-2050 yılına kadar bu sayının 19 yıla çıkacağı öngörülmektedir. 65 yaşına ulaşmış bir kişinin beklenen yaşam süresinin en uzun olduğu yerler Avustralya ve Yeni Zelanda (21 yıl), ardından Avrupa ve Kuzey Amerika'dır (19 yıl). 2050 yılına dek tüm bölgelerde beklenen yaşam süresinin artması öngörülmektedir<sup>2</sup>.

Yaşlı bağımlılık oranına bakıldığında 2019 yılında en yüksek oran %30 ile Avrupa ve Kuzey Amerika olup bu oranın 2050 yılında %49'a çıkması beklenmektedir. İleriye dönük yaşlı bağımlılık oranı ise dünya genelinde 1990 yılında %13 iken 2019'da %12'ye gerilemiş ancak 2050 yılında %17'ye yükselmesi beklenmektedir. 2019 yılı verilerine göre ileriye dönük yaşlı bağımlılık oranının en hızlı artış gösterdiği 10 ülkenin 9 tanesi Avrupa'dadır<sup>2</sup>.

Ülkelerin yaşlılık konusundaki durumlarını ortaya koyan birkaç uluslararası gösterge de mevcuttur. Bunların biri olan Küresel Yaş İzleme Endeksi (*Global Age Watch Indeks*) *HelpAge* Uluslararası Organizasyonu tarafından yayımlanmakta olup, ülkelerin yaşlılara yönelik gelir, sağlık, eğitim ve istihdam, uygun çevre koşulları açısından iyi uygulamaların değerlendirildiği bir göstergedir. 2015 yılı verilerine göre ilk üç sırada İsviçre, Norveç ve İsveç yer almakta, Türkiye bu endekste 75. sırada yer almaktadır. Bir diğer gösterge Aktif Yaşlanma Endeksi (*Active Ageing Indeks*) BM Avrupa Komisyonu tarafından yayımlanmakta ve ülkelerdeki yaşlı kişilerin aktif ve sağlıklı yaşlanmayla ilgili kullanılmayan potansiyellerini ölçmek, buna yönelik politika geliştirmek için kullanılan bir araçtır. Yaşlıların istihdam,

topluma katılım, bağımsız yaşam, çevresel imkanları içeren çalışma alanları bulunmaktadır. Türkiye henüz pilot uygulamadadır. Bir başka gösterge; Yaşlı Dostu Kent uygulamasıdır. Bu uygulama DSÖ tarafından 2005 yılında başlatılmıştır. Ülkemizden Antalya Muratpaşa ve İstanbul Kadıköy ilçe belediyeleri bulunmaktadır<sup>14</sup>.

## 2.2.2. TÜRKİYE'DE YAŞLI NÜFUS

Ülkemizde 65 ve üzeri yaştaki nüfus TÜİK 2020 verilerine göre, 2015 yılında toplam nüfusun %8,2'si (6 milyon 495 bin 239 kişi) iken bu oran 2020 yılında %9,5'e (7 milyon 953 bin 555 kişi) yükselmiştir. Türkiye, yaşlı nüfus oranına göre 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır<sup>19</sup>. Türkiye istatistiki veriler ve projeksiyonlara göre hızlı yaşlanmakta olan bir ülkedir ve Güney Kore'den sonra yaşlanma hızında ikinci sırada gelmekte olup 2008-2040 yılları arasında Türkiye'de yaşlı nüfusta %201'lik bir artış beklenmektedir<sup>14</sup>. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir<sup>25</sup>. Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il ise 2020 yılı verilerine göre Sinop'tur (%19,8). Yaşlı nüfusun %44,2'sini erkek nüfus, %55,8'ini kadın nüfus oluşturmuştur<sup>25</sup>.

Yaşlı bağımlılık oranına bakıldığında 2015 yılında %12,2 iken 2020 yılında %14,1'e yükselmiş olup, bu oranın 2025 yılında %16,4, 2030 yılında %19,6, 2040 yılında %25,3, 2060 yılında %37,5 ve 2080 yılında %43,6 olması beklenmektedir<sup>25</sup>.

Doğuştaki beklenen yaşam süresi Türkiye geneli için 78,6 yıl, erkekler için 75,9 yıl ve kadınlar için 81,3 yıldır. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup, doğuştaki beklenen yaşam süresi farkı dünya ortalamasına benzer şekilde 5,4 yıldır. 65 yaşına ulaşan bir kişinin kalan yaşam süresi ise ortalama 18 yıl olup, erkekler için bu sürenin 16,3 yıl, kadınlar için 19,6 yıl olduğu gözlenmiştir<sup>25</sup>.

## 2.3.YAŞLANMA SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİKLİKLER

Yaşlılık organizmada zaman içerisinde her düzeyde ortaya çıkan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüdür ve bedensel, ruhsal ve sosyal tüm işlevlerde, aynı derecede olmamakla birlikte, kademeli olarak azalmaya neden olan geri dönüşsüz fizyolojik bir süreçtir. Yaşlanma

süreci her yaşta yer almakla birlikte, 65 yaşın üzerinde yaşam kalitesindeki değişikliklerle daha belirgin hale gelmektedir<sup>26</sup>. Yaşlanma ile görülen bu fizyolojik değişiklikler sadece yaşlanma sürecini yansıtmaz, aynı zamanda çeşitli hastalıklar ya da dış etmenlere maruz kalınan yılların etkilerini de gösterir<sup>18</sup>. Biyolojik yaşlanma vücuttaki tüm hücreleri, organları ve dokuları etkilemektedir, pek çok organ düzeyinde fizyolojik ve patolojik değişikliklere neden olmaktadır. Yaşlılarda hastalık yükünü azaltmak, yaşam kalitesini artırmak, esenliği sürdürmek için yaşlanma süreçlerinin iyi bilinmesi gerekmekte, böylece yaşlanmaya bağlı oluşan değişiklikler hastalıklara bağlı oluşan değişikliklerden ayırt edilebilir ve yanlış yorumlanması engellenebilir<sup>18,26</sup>.

### **Yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan fizyopatolojik değişiklikler;**

**Ciltte oluşan değişiklikler:** Cilt, yaşlanma belirtilerini en belirgin şekilde yansıtan dokudur<sup>26</sup>. Epidermisin kalınlığının yaşla önemli oranda değişmediği kabul edilmekle birlikte epidermis hücrelerinin yenilenme hızı azalır, epitelizasyon süresi uzar. Bu da yara iyileşmesinde gecikmeye neden olmaktadır. Aşırı cilt kuruluğu (kserozis) ve irritan dermatite karşı daha fazla duyarlılık gösterir<sup>26</sup>. Dermis kalınlığı %20 kadar azalır<sup>18</sup>. Derideki kurumadan, elastikliğin azalmasından, kırışıklık ve sarkmalardan kolajen üretiminin azalması, elastinin yapısının bozulması ve hiyaluronik asidin azalmasının sorumlu olduğu öne sürülmektedir. Yaşlanan ciltte fibroblastlar, mast hücreleri, damar yoğunluğu azalır. Ciltte D vitamini sentezi azaldığı için D vitamini yetersizliği görülebilmektedir. Cilt altında sinirlerin sonlanma sayıları azalmasıyla cildin önemli işlevleri olan ağrı ve dokunma duyusunun iletimi de azalmaktadır. Bu durum yaşlı kişilerde fark edilmeyen yaralanmalara neden olabilmektedir. Yaşlanmaya bağlı ter bezlerinin işlevinde ve cilt altı yağ dokusundaki azalma nedeniyle soğuk ve sıcağa dayanıklılığın azalması yaşlı hastalarda sıcak çarpması olasılığını arttırmaktadır. Yaşlılarda ciltte cildin immün fonksiyonlarında da azalma olur. Langerhans hücrelerinin yoğunluğu ve bu hücrelerin sitokinlere yanıt olarak göç edebilme yeteleri, T lenfositleri de sayıca azalır ve spesifik antijenlere daha az yanıt verirler. Bu değişikliklerin sonucu, gecikmiş hipersensitivite reaksiyonlarının yoğunluğunda azalma, fotokarsinogenez ve kronik cilt enfeksiyonlarına karşı duyarlılıkta artma, yara iyileşmesinde gecikmedir<sup>26</sup>. El ve ayak tırnakları tırnak yataklarının damarlanmasındaki azalma sonucunda matlaşır, kalınlaşır, daha

kolay kırılır hale gelir. Kıl köklerinde melanin yapımında azalmaya bağlı saç gri renk alır. Başta, koltuk altı ve pubiste kıllar azalırken, kulak ve burundakiler yoğunlaşır<sup>18</sup>.

**Kas ve iskelet sisteminde oluşan değişiklikler:** Yaşlanmayla birlikte kaslardaki en belirgin morfolojik değişiklikler kas liflerinde sayı ve boyut olarak azalma, kapillerlerin azalması, interstisyel boşluklarda ve bağ dokusunda artmadır. Tip 2 kas liflerindeki azalmanın sonucu olarak hızlı hareketlerin performansında düşme görülür. Kas kütlelerinde azalma yaşlılığın güç ve kuvvetinde azalmaya neden olur. Dayanıklılıktan sorumlu tip 1 kas liflerinin yaşla sabit kaldığı düşünülmektedir<sup>18,26</sup>. Azalan kas kütlelerinin yerine yağ dokusunun geçmesi, toplam vücut suyunun yaşla azalması kilo kaybına yol açmaktadır. Yaşlanma, kemiklerde kemik kütle ve mineral içeriğinde azalmaya neden olmaktadır. Kemik rezorpsiyonuna kıyasla, kemik yapımı ve yenilenmesinde azalma görülür. Kemiğin büyüme faktörleri ve hormonlara yanıtı değişmekte kalsiyum ve fosfat depoları azalmaktadır. Bu durum özellikle menopoz sonrasındaki kadınlarda östrojen yapımında azalmaya bağlı olarak belirgin olup, 65 yaşına geldiğinde kadınların kemik kütlelerinin üçte ikisi kaybolur. Kemik iskeletin kaybı otuzlu yaşlarda trabekül kaybı ile başlar, 80 yaşında kadınlar kemik trabekülünün %43'ünü, erkekler %27'sini kaybetmiş olurlar<sup>18</sup>. Eklemlerde yaşla ilişkili değişiklikler en çok eklem kırıktağında olmaktadır. Kondrositlerin ilerleyici gerilemesi kırklı yaşlarda başlar ve yaklaşık yarısı 40 ila 80 yaşları arasında kaybedilir. Sayı ve dokuyu tamir etme yetilerinde azalma nedeniyle kırıktağ sertleşir ve büzüşür, erozyona uğrar. Kemik, kas ve eklemlerdeki değişiklikler ve özellikle intervertebral disklerdeki dejenerasyon yaşlılarda boyun kısalmasına ve postür bozukluklarına yol açmaktadır. Kırk yaşından sonra her 10 yılda bir boy 1 cm kadar kısalmaktadır. Boy kaybı 70 yaşından sonra hızlanır. Tüm bu değişiklikler önlenemese bile, egzersiz ile süreç yavaşlatılabilir<sup>18,26</sup>.

**Kardiyovasküler sistemde oluşan değişiklikler:** Kalpte yaşlanma ile ilişkili en önemli yapısal değişiklik, miyokardiyal hücrelerin sayısının azalmasına rağmen kalan hücrelerin hacimlerinin artmasına bağlı sol ventrikülün duvar kalınlığının ve kalbin kütlelerinin artmasıdır. Ayrıca sol atrium hacmi artar; koroner arterlerin esnekliği, aortun genişleyebilme yetisi ve vasküler tonusu ise azalır. Fonksiyonel değişiklikler ise diyastolik basıncın ve diyastolik doluşun azalması, beta adrenerjik uyarıya yanıtın azalması, sistolik basıncın artması, sistolik

ve arteriyel basıncın, sol ventrikül diyastol sonu basıncının artması, kalp kasının kontraksiyon ve relaksasyon fazlarında uzama ve buna bağlı ventrikül relaksasyon fazında uzamadır. Egzersiz sırasındaki ulaşılabilir maksimum kalp hızı azalır. Ağır egzersiz sırasında maksimum kalp hızı yirmili yaşlarda 180 atım/dakikadan seksenli yaşlarda 130 atım/dakikaya inmektedir. Yaşlılarda dinlenme sırasındaki ejeksiyon fraksiyonu, atım volümü ve kalp hızında değişiklik olmaz. Koroner damarlarda ateroskleroz gelişimine bağlı sertlik artar. Hücresel kalp kasının hafif dejenerasyonu, lipofuksin birikimi nedeniyle elektrokardiyografide (EKG) PR, QRS ve QT intervallerinde hafif değişiklikler olabilir. Başta aort olmak üzere mitral ve triküspit kapaklarda kalsiyum depolanması kapakların sertleşmesine yol açmaktadır. Kapakçıklardaki sertleşme, sol ventrikülün hipertrofisi ve art yükün artması nedeniyle kalpte birinci ya da ikinci derece sistolik üfürüm duyulabilmektedir. Kalbin egzersiz toleransının göstergesi olan maksimum oksijen tüketimi (VO<sub>2</sub>mak) yaştan ilerlemesiyle birlikte azalır<sup>26</sup>.

**Solunum sisteminde oluşan değişiklikler:** İnsanlarda solunum fonksiyonu 20-25 yaş arasında maksimum kapasitesine erişir ve daha sonra yaşla birlikte azalmaya başlar. Elli yaşından sonra giderek artan bir şekilde tüm akciğerde bronşiollerdeki elastik liflerin oranı azalmaya başlar. Alveollerin elastikliğinin azalmasına bağlı olarak çapı ve akciğer volümü artar. Bu değişikliklere akciğerin senil hiperinflasyonu denir. Yapısal değişikliklerin en önemlisi göğüs duvarının kompliyansının azalmasıdır. Göğüs duvarı elastikliğini kaybetmeye başlar. Solunum kaslarının iş yükü artar. Akciğerin elastisitesinde yaşla ortaya çıkan azalmaya bağlı rezidüel volümün artması nedeniyle toplam akciğer kapasitesi değişmez. Fonksiyonel yedek kapasite ve vital kapasite düşer. Gaz değişimi istirahat sırasında korunmuştur ancak alveolar yüzey alanının azalması, pulmoner kapiller kan volümünün azalması ve akciğerde yaşa bağlı fibrotik değişiklikler nedeniyle ventilasyon-perfüzyon oranı efor sırasında düşer. Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan bu morfolojik ve fizyolojik değişiklikler yaşlılarda akut ve kronik solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığını ve prevalansını artırmaktadır<sup>18,26</sup>.

**Gastrointestinal sistemde oluşan değişiklikler:** Yaşlanma ile tükürük salgısında azalma, ağız kuruluğu, çene kaslarında ve dilde kas gücünde azalma, diş kaybı, koku ve tat duyusunda azalma görülür. Ancak diş kaybı normal yaşlanma sürecinin bir parçası olarak kabul edilmemelidir. Özefagus işlevinde yaşa bağlı değişiklikler presbiözefagus olarak adlandırılır



ve yaşa bağlı olarak enterik nöronların azalması ile motilitede azalma, alt özefageal sfinkterin gevşemesinde yetersizlik görülür. En çok azalma üst özefageal sfinkterde (özefagus-farinks bileşim yerinde) olduğu için yutma işlevi etkilenmektedir. Midede yaşlanma ile ilişkili değişiklikler motilitenin azalması, mukozayı koruyan mukus üreten hücrelerde ve mukus salgılamasında azalma, pepsin salgılamasında azalma, gastrik atrofi gelişmesidir. Atrofik gastrite bağlı B12 vitamininde emilim bozukluğu olabilir. İnce barsaklarda ise yaşlanma ile yapısal ve işlevsel değişiklikler az görülür. İntestinal motilite ve mukoza korunur ancak folik asit, kalsiyum, karbonhidrat ve D vitamini emilimi azalmaktadır. Kolon yaşlanmadan en çok etkilenen gastrointestinal sistem organıdır. Mukozal değişiklikler, motilite azalması, kas yapısının zayıflaması nedeniyle gayta depolama kapasitesi ve geçiş zamanı uzamaktadır. Bu nedenle konstipasyon sık görülür. Karaciğer kütlesi hepatositlerin sayı ve volümünün azalması nedeniyle yaşla azalmaktadır ancak işlevsel bir bozukluğa yol açmaz, karaciğer fonksiyon testlerini değiştirmez. Hücre içi sitokrom P450 aktivitesinin de azalması ile bazı ilaçların metabolizması azalabilir ve ilaç-ilaç etkileşimi artabilir. Biliyer sistemde motilitede azalma olabilir<sup>18,26</sup>.

**Metabolik ve endokrin sistemde oluşan değişiklikler:** Yaşlılarda tiroid bezinde hafif atrofi, fibrozisde artma ve follikül sayısında azalma olabilmektedir. Sağlıklı yaşlanan kişilerde tiroid stimulan hormon (TSH) artarken, serbest T3 hafifçe azalır. Toplam T4 ve serbest T4 düzeyleri değişmeden kalmaktadır. Serum paratiroid hormon (PTH) konsantrasyonu yaşlı kişilerde gençlerden hafif olarak daha yüksektir. Yaşlanma hipotalamus-hipofiz aksını da etkilemektedir. Lüteinizan hormon (LH), follikül stimülizan hormon (FSH), büyüme hormonu (BH) salgılaması yaşla azalmaktadır. Adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve prolaktin düzeyleri değişmemektedir. Gonadal hormonlarda özellikle kadınlarda önemli değişiklikler olur. Genellikle 45-55 yaş arası kadınlarda overlerde folliküler aktivite sona erer; östrojen salgılaması düşer, FSH salgılaması artar. Östrojene duyarlı dokularda atrofi başlar, kemik rezorpsiyonu hızlanır, iskelet kaslarında kütle kaybı başlar ve kardiyovasküler hastalık riski artar. Erkeklerde serum testosteron düzeyleri yaşla azalır. Seks hormonu bağlayan globulin artar. Çok yaşlılarda FSH düzeyleri de artar. Kadınların aksine erkeklerde belirgin bir andropoz dönemi yoktur. Testosteron düşüklüğü libidoyu hafif olarak azaltsa da sağlıklı

yaşlılarda erektil disfonksiyon olmamaktadır. Aldosteron sekresyonu renin sentezindeki azalma nedeniyle yaşla azalır. Bu idrarda sodyumun tutulmasını azaltarak hiponatremiye neden olabilmektedir. Yaşlanma ile görülen en önemli değişikliklerden biri de pankreasın insülin salınımında ortaya çıkmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte insülin salınımı artarken insüline duyarlılık azalmaktadır. Yaşlılarda diyabet gelişimine yatkınlık artırmaktadır. Önemli bir hormonal değişiklik de melatonin salınımındaki sirkadyen ritmin bozulmasıdır<sup>26</sup>.

**Böbrek işlevlerinde oluşan değişiklikler:** Böbreklerde yaşa bağlı görülen en önemli yapısal değişiklik daha çok kortekste görülen böbrek kütlelerinde ve glomerül sayısında azalmadır. Glomerüler skleroz insidansı ilerleyen yaşla artmaktadır. Glomerüler filtrasyon hızında (GFR) 40 yaşından sonra her 10 yılda bir 8 ml/dakika/1.73m<sup>2</sup> azalmaktadır. Böbrek kan akımı (BKA) 40 yaşından sonra her 10 yılda bir yaklaşık %10 oranında azalmaktadır. Yaşlanma ile renin üretimi ve sekresyonundaki azalma nedeniyle total renin ve aldosteron düzeyleri düşmektedir. Sodyum atılımının ve potasyum tutulumunun artması nedeniyle yaşlılar su-elektrolit bozukluklarına daha yatkın olmakta ve kolaylıkla hiponatremi, hipokalemi ve asidoz gelişebilmektedir. Kişi yaşlandıkça kas kütlesi ve günlük idrar kreatinin atılımı ve kreatin klirensi azalmaktadır. Böbrekten atılan ilaç alan yaşlı hastalarda ilaç dozunun kreatin klirensine göre ayarlanması gerekmektedir<sup>18,26</sup>.

**Genitoüriner sistemde oluşan değişiklikler:** Mesane düz kas ve elastik dokunun yerini fibröz bağ dokusunun alması ile mesanenin tam boşalamaması söz konusudur. Bunun dışında mesane kapasitesi yaşla azalır, işeme sıklığı artar. İdrar tutamama daha sık görülür. Üretral obstrüksiyon kadınlarda nadirdir. Erkeklerde ise prostat büyümesine bağlı sık görülür. Benign prostat hipertrofisi yaşlı erkeklerde çok sık görülür. Her iki cinsiyette de cinsel yaşam aktivitesi yaşamın geç dönemlerine dek devam eder. Genel olarak, hem kadın hem erkekte seksüel yanıt süresi ve şiddetinde azalma görülür<sup>18,26</sup>.

**Hematopoetik ve immün sistemde oluşan değişiklikler:** Kemik iliğindeki hematopoetik doku 30 yaşına kadar ilerleyerek azalır. Daha sonra 70 yaşına dek stabil kalır. Yetmiş yaşından sonra tekrar ilerleyerek azalmaya başlamakta ve iliak kristalardaki kemik iliğinin hematopoetik hücreliliği, genellikle genç erişkinlerde bulunanların yaklaşık %30'una inmektedir. Yaşlılarda aneminin en sık nedeni %30-40'luk oranla kronik hastalık anemisiidir.

Beslenme yetersizliğine bağlı demir, folik asit ve B12 vitamini eksikliği yaşlı anemik olguların %15-30'unda nedenken, %10 olgunun nedeni hematolojik kanserlerdir. Eritrositlerin yaşam süresi, total kan volümü, trombositin morfolojik özellikleri değişmeden kalmaktadır. Lenfosit ve granülosit sayısı normaldir ya da hafifçe azalabilir. Timus bezinin küçülmesi 45-50 yaşlarında tamamlanır. T hücrelerinin sayısı değişmese de, yardımcı T hücrelerinin işlevlerinde değişiklikler sonucu yaşlılarda hücrel immün yanıtlarda değişiklik olabilir<sup>18,26</sup>.

**Nörolojik sistemde oluşan değişiklikler:** Nörolojik sistem yaşlanmadan en çok etkilenen sistemlerden biridir. Beynin volümü 40 yaşından sonra her on yılda yaklaşık %5 oranında azalmakta ve 70 yaşından sonra azalma oranı artmaktadır. Bu azalma daha çok gri maddede ortaya çıkmakta ve nöron ölümlerinden kaynaklanmaktadır. Etkilenme kadın ve erkeklerde de farklılık gösterir. Erkeklerde en çok etkilenen alanlar hipokampus ve paryetal loblar, kadınlarda en çok etkilenen alanlar frontal ve temporal loblardır. Beyaz madde de yaşla birlikte azalabilmekte ve miyelin kılıf 40 yaşından sonra bozulmaktadır. Serebral alanlarla karşılaştırıldığında serebellum yaşlanmadan daha az etkilenmektedir. Duyusal-motor değişiklikler ve duysal propriyoseptif iletilerin azalması sonucunda yaşlılarda denge problemi ile birlikte daha yavaş, temkinli hareket etme söz konusudur. Normal beyin yaşlanması ve patolojik değişiklikler arasındaki önemli fark, nörofibriler yumakların varlığı ve dağılımıdır. Normal, patolojik olmayan yaşlanmada, etkilenen her dokudaki nörofibriler yumak sayısı nispeten düşüktür ve olfaktör nükleus, parahipokampal girus, amigdala ve entorinal korteks ile sınırlıdır. Patolojik beyin yaşlanmasında ise, Alzheimer hastalarında nörofibriler yumaklar genellikle amiloid plaklarıyla birlikte bulunur ve tüm beyinde yaygındır. Yaşlanmadan en çok etkilenen en önemli nörotransmitterler dopamin ve serotonindir. Dopamin düzeyleri erken erişkinlikten başlayarak her 10 yılda bir %10 oranında azalmaktadır. Bu azalma bilişsel ve motor işlevlerde azalma ile ilişkilidir. Serebral kan akımının azalması ve beyin ve nöronlardaki dejeneratif değişiklikler bilişsel işlevleri olumsuz etkilemektedir. Bellek performansı özellikle soyut düşünme alanında azalmaktadır. Serbest çağrışımında sorunlar yaşanabilir. Konsantrasyon ve seçici dikkatte azalma olur. İletişim yetisi göreceli olarak stabil kalır ancak işitmede azalma gibi duysal bozukluklar nedeni ile iletişim zorlukları olabilmektedir. Normal yaşlanma ile sinir sisteminde çeşitli yapısal değişiklikler oluşsa da

araya nörolojik bir hastalık girmediği sürece, bu değişiklikler günlük rutinleri etkilememektedir<sup>18,26</sup>.

**Görme duyusunda oluşan değişiklikler:** Göz kapaklarında subkutan yağ dokusu ve tonus kaybına bağlı büzüşme ve sarkmalar, ektropiyon ve intropiyon oluşabilir. Göz kaslarındaki güç kaybı nedeniyle göz kapakları uyku sırasında gözü tam kapatamadığı için korneal kuruluk, sekonder abrazyon, kızarıklık ve irritasyon gelişebilmektedir. Bazı yaşlılarda görmeyi etkileyebilen ptozis olabilir. Gözyaşı yapımındaki azalma göz kuruluğuna yol açarken, gözyaşı bezinin içe kayması nedeniyle gözyaşı kanala boşaltılamadığı için gözlerde yaşarma da olabilmektedir. İrisin esnekliğinin azalması nedeni ile pupil küçülmekte ve ışığa reaksiyon yavaşlamaktadır. Bunun sonucunda görme keskinliğinde genel bir düşüş beklenir. Bu değişiklikler yaşlılarda ışığa ani maruziyette uyumu zorlaştırmakta ve dengeyi bozabilmektedir. Retinada periferik alandaki rodların kaybı periferik görmeyi; retinanın konlarındaki azalma özellikle mavi ve yeşil renkte algıyı azaltmaktadır. Yaş ile beraber lensin elastikliğinin azalması ile ortaya çıkan yakın görmede bozulma (presbiyopi) genellikle 40 yaşından sonra başlar ve giderek ilerler<sup>18,26</sup>.

**İşitme duyusunda oluşan değişiklikler:** İç kulakta ortaya çıkan yaşla ilişkili değişiklikler kulak zarının esnekliğini yitirmesi, orta kulak kemikçiklerinde gelişen kalsifikasyon, kulağa giden damarların zamanla elastikiyetlerinde bozulma ile beraber yeterince kanı taşıyamaz hale gelmeleridir. Bu değişikliklerle birlikte beyindeki işitme merkezinin işlevini tam yerine getirememesine bağlı olarak yaşlı bireylerde işitme duyusunda azalma ortaya çıkmaktadır. 65 yaş ve üzeri kişilerde işitme kaybının en sık nedeni yaşlanmanın normal bir parçası olarak görülen korti organının dejenerasyonuna bağlı gelişen ve geri dönüşsüz olan presbiakuzidir. Presbiakuzi yaşamı tehdit etmez ancak yaşlının yaşam kalitesini, fiziksel işlevselliğini ve psikososyal iyilik durumunu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca kulaktaki apokrin ter bezlerinin kuru salgı üretmesi nedeniyle kulak tıkaçları oluşabilmektedir. Yaşlı kişilerde işitme kaybı iletişim zorluklarına, sosyal izolasyona ve güvenlik sorunlarına neden olabilir. Günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi engelleyebilir. Ayrıca bilişsel bozulma, paranoyaya, depresyon ve anksiyeteye neden olabilir. Bu nedenle tedavi edilebilir işitme kayıplarının saptanması ve tedavi edilmesi önemlidir<sup>18,26</sup>.

**Tat ve koku duyusunda oluşan değişiklikler:** Burunda glandular atrofi en sık değişikliktir. Goblet hücreleri ve submukozal seröz bezlerde atrofi, üretilen mukusun miktarını azaltırken yoğunluğunun artırmasına neden olur. Yaşlı kişiler bu mukusu atmakta zorlanmakta ve tekrarlayan boğaz temizleme öksürüğü ortaya çıkmaktadır. Olfaktör nöronlarda atrofi, koku ve tat duyusunun algılanmasını azaltır. Koku ve tat işlevlerinde azalma sonucunda iştah ve yemekten zevk alma azalır<sup>18,26</sup>.

## 2.4. EğİTİMDE YAŞLI SAğLIğININ YERİ

### 2.4.1. TIP FAKÜLTESİ EğİTİMİNDE YAŞLI SAğLIğI

DSÖ'nün, geriatrik tıbbın dünya çapındaki tıp müfredatlarına entegrasyonuna odaklanan tüm kıtaları temsil eden, Türkiye'nin de içinde yer aldığı 79 ülkenin verilerinin olduğu Tıp Eğitiminde Geriatri Öğretimi (*TeGeMe I-II*) çalışmasında (2002) tüm ülkelerin yaklaşık yarısında (%53) tıp fakültesi müfredatında ulusal düzenlemelerin olduğu ve %41 oranında herhangi bir şekilde geriatrik eğitim verildiği ortaya konmuştur<sup>11,27</sup>. Bu çalışmada elde edilen sonuçlarda kültürel farklılıkların dikkate alındığı pilot modellerin oluşturulması, sağlıklı ve aktif yaşlanmanın öneminin kavranması, bunun için sosyal ve siyasal tedbirlerin alınması yanında tıp fakülteleri eğitim programında geriatri ile ilgili konulara ağırlık verilmesi gibi öneriler sıralanmıştır<sup>11,28</sup>.

Ülkemizde 1980'li yıllardan itibaren tıp fakültesi sayılarında yaşanan artışlar nedeniyle hangi sistem veya program uygulanırsa uygulansın temel bilgi ve becerilere sahip hekimlerin yetişebilmesi için çerçeve bir program hazırlanması gereksinimi doğması ile 2000'li yılların başında tıp fakültelerinin katkıları ile hazırlanan Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP), en son 2020'de yayınlanmıştır<sup>29</sup>. 2020 yılında temel hekimlik uygulamaları içerisine “Birey, toplum sağlığı ve/veya küresel sağlık üzerinde ciddi sonuçları / etkileri olması” nedeniyle “Geriatrik değerlendirme yapabilme” ve “Hayatın farklı evrelerinde sağlıklılık (gebelik, doğum, lohusalık, yenidoğan, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik, yaşlılık)” yetilerine sahip olabilme kavramları eklenmiştir. Ek olarak “Geriatrik sendromlar (kırılganlık, sarkopeni, düşme, vb.)” için her düzeyde öğrenim hedefi belirtilmiştir<sup>29</sup>. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de, fakültelerimizde geriatri bilim dalı olsun ya da olmasın, geriatri eğitimi

mezuniyet öncesi tıp eğitim programında yer almaktadır ve eğitim programlarında “yaşlı sağlığı” ile ilgili derslere yer verilmektedir<sup>28</sup>. Ayrıca ülkemizde 13 fakültede (Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa ve İstanbul Tıp Fakülteleri, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Gazi Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Akdeniz Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Gaziantep Üniversitesi ve Isparta Üniversitesi ve Erciyes Üniversitesi) iç hastalıkları anabilim dallarına bağlı geriatri bilim dalları veya üniteleri faaliyetlerini sürdürmektedir<sup>30</sup>.

Tüm bunlarla birlikte tıp öğrencilerinin geriatrik eğitiminin birçok gelişmiş ülkede kapsamlı hale gelmesine rağmen, bu eğitimin içeriği ve eğitim yöntemlerinde hala büyük farklılıklar mevcuttur<sup>31,32</sup>. Ayrıca gelişmekte olan veya daha az gelişmiş ülkelerde geriatri eğitiminin tıp fakültelerinde bir program dahilinde verildiğine dair az sayıda örnek vardır<sup>31</sup>. 2018 yılında İsviçre’de tıp fakültesinde okumakta olan 5.-6. Sınıf öğrencileri ile genç pratisyenlerin görüşlerini araştıran bir çalışmada katılımcıların çoğunluğu tıp fakültesi müfredatında geriatrik eğitimin yer almasının çok önemli olduğunu belirtmişlerdir<sup>33</sup>.

Kanıt dayalı eğitim metotlarının geliştirilmesi giderek artmaktadır. Yaşlılara karşı tutumu ölçen araçların kullanılması eğitim müdahale çalışmalarında etkili bir ölçüm metodudur ve tıp fakültelerinde müfredatın geliştirilmesinde kılavuz olarak kullanılabilir<sup>34</sup>. Yurt dışında yapılan çalışmalarda, mezuniyet öncesi dönemde verilen geriatri eğitiminin, öğrencilerin yaşlı bireylere yaklaşımlarıyla ilgili bilgi, beceri ve tutumlarını olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir<sup>11</sup>. Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada tıp fakültesinde geriatrik rotasyon alan öğrencilerin mezuniyet sonrası dönemde yaşlılara karşı daha olumlu tutum sergiledikleri gösterilmiştir<sup>35</sup>. Öğrencilerin yaşlı sağlığına yönelik bilgi, tutum ve becerilerini artırmak için bilgiye dayalı eğitimin çeşitli saha eğitimleriyle desteklendiği örneklerde öğrencilerin daha etkin öğrendiği ve geriatrik tıbbı ilgililerinin arttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir<sup>36</sup>. Geriatriye ilgiyi artırmak ve öğrenci kapasitesini değerlendirmek için çekirdek yeterliliklerin belirlenmesi ve sağlanması temel bir araçtır. Çekirdek yeterlilikler arasındaki benzerlikler ve farklılıklar göz önünde bulundurularak ve geriatrik eğitimin iyi ve güçlü verilebilmesi için literatürde önerilen yöntemler göz önüne alınarak oluşturulacak ortak değerlendirmeler,

bölgesel, ulusal çalışmaların küresel bir fikir birliğine ulaşmak için faydalı olacağı düşünülmektedir<sup>31</sup>.

#### **2.4.2. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE YAŞLI SAĞLIĞI**

Aile hekimliği tüm yaş, cins, organ ve hastalığı kapsayan bir uygulama alanında, bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmeyi, aile hekimliği uzmanlık alanının ilkeleri doğrultusunda kişilere içinde yaşadıkları toplum ve kültürleri bağlamında sürekli bakım vermeyi amaçlar. Aile Hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir uzmanlık alanıdır ve uzmanlık eğitiminin içeriği bakımın ihtiyaçlarına göre tanımlanmalıdır<sup>37</sup>. Bu bakış açısı yaşlı sağlığı için aile hekimliği uzmanlık dalında büyük önem taşımaktadır<sup>38,39</sup>. Yaşlı nüfusun artışıyla kapsamlı geriatrik değerlendirmenin yapılabilmesi, gereksinimlerinin tam olarak bilinmesi, geriatrik hastalıklara özgü yönetimin etkin olması gerekmektedir<sup>38</sup>. Bu nedenle aile hekimlerinin uzmanlık eğitimleri sırasında geriatri kliniklerinde ve bakımevlerinde eğitim almasının aile hekimliğinde geriatrik hastaya bakış açısını geliştireceği ifade edilmektedir<sup>39</sup>. Literatürde özellikle aile hekimliği, dahiliye ve psikiyatri bilim dallarında mezuniyet sonrası eğitim programlarında geriatrik tıp eğitiminin olması gerektiği belirtilmiştir. Bu eğitimlerin eksik olmasının önündeki en büyük engellerden biri geriatri bilim dallarındaki eğitici eksikliği olarak bildirilmiştir<sup>40</sup>. Amerika’da 471 aile hekimliği klinik sorumlusu ile yapılan bir çalışmada, sorumlular geriatrik eğitimin aile hekimliği müfredatında en önemli üç konudan biri olduğunu belirtmiş, longitudinal formatta olması gerektiğini ve asistanların yaşlılarla karşılaştıkları ortamların genişletilmesini önermişlerdir<sup>41</sup>. Kanada’da 1989’dan beri “Yaşlı Bakım” (*Care of the Elderly (COE)*) akademik eğitim programları yapılmaktadır ve kazanılması gereken temel yetkinlikleri içeren bu programı yaşlı bakımı veren geriatristler, geriatrik psikiyatristler ve aile hekimleri ek olarak almaktadır. Bu eğitim iki yıllık aile hekimliği asistanlığını takiben 6-12 aylık bir periyodu içermekte ve tamamlayan kişilere ek yeterlilik sertifikası verilmektedir<sup>42,43</sup>.

Ülkemizde ise Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından en son 11.09.2019 tarihinde güncellenen Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı’na göre “Yaşlı Sağlığının Yönetimi” düzey 3 olarak belirlenmiş olup, karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişim uygulayabilme düzeyini ifade eder<sup>44</sup>. Bununla birlikte ulusal düzeyde standardize

edilmiş bir eğitim programı yoktur. Henüz aile hekimliği uzmanlık dalı sonrasında herhangi bir yan dal uzmanlık eğitimi olmamasına karşın yapılan bazı çalışmalarda geriatri yan dalı en çok olması gereken aile hekimliği yan dal uzmanlığı olarak belirtilmiştir<sup>37</sup>. Bazı aile hekimliği anabilim dalları eğitim programlarının çerçevesinde asistan hekimler yaşlı bakımında önemli yeri olan evde bakım hizmetleri ve palyatif bakım servislerinde görev yapmaktadır.

## **2.5. BİRİNCİ BASAMAKTA YAŞLI SAĞLIĞINA YAKLAŞIM**

Birinci basamak sağlık hizmeti, yaşlı sağlığının ele alınabileceği topluma en yakın hizmet birimidir ve aile hekimleri ilk tıbbi temas noktasını oluşturur<sup>45,46</sup>. Ülkemizde yaşlı nüfustaki artışa uygun olarak sağlık sistemi cevabının geliştirilmesi için DSÖ Avrupa Sağlıklı Yaşlanma Strateji ve Eylem Planı'na (2012-2020) paralel olarak, Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı (2015-2020) geliştirilmiştir<sup>11</sup>. Genel olarak yaşlı sağlığı ve aktif yaşlanma programının doğrudan birinci basamak sağlık hizmet sunumunda uygulanması amaçlanmıştır. Yaşlılara yönelik kolay ulaşılabilir sağlık hizmetinin sağlanması ve gereksinimlerin tüm boyutlarıyla karşılanmasının gerekmesi nedeniyle bu programın öncelikli müdahaleleri arasında sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmeti verenlerin birinci basamakta çalışan aile hekimlerinden başlamak üzere yaşlı sağlığı konusunda eğitimlerin düzenlenmesi yer almaktadır<sup>11</sup>. Sağlık çalışanının yaşlılık ve yaşlanma hakkındaki eğitim ve bilgisi, yaşlıya yönelik olumsuz ön yargı, değer, inanç ve tutumları yaşlının bakım kalitesini etkileyebilmektedir<sup>45</sup>. On birinci kalkınma planı (2019-2023) Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda 2023 hedefleri arasında birinci basamakta görevli aile hekimlerinin yaşlı sağlığı hizmetlerinde etkin görev alması için düzenlemelerin yapılması, yaşlı izlemlerinin gerçekleştirilmesi, kentsel/kırsal alanlardaki hizmet farklılığını en aza indirmek gerektiği yer almaktadır<sup>23</sup>.

Aile hekiminin sağlıklı yaşlanmadan kırılmalığa kadar tüm durumlarda yaşlı kişiler için birincil bakım sağlayıcısı olması gerektiği ve önemi Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği (WONCA) 2018 yaşlı raporunda bildirilmiştir<sup>47</sup>. Aile hekimleri, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere sahip oldukları aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken



her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar<sup>46</sup>. WONCA'nın yayınlamış olduğu aile hekimliği ağacını oluşturan 6 çekirdek yeterlilik (birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım) ve 12 temel özellik ile yaşlı sağlığına yönelik hizmetler kapsamlı olarak birinci basamak sağlık hizmetleri ile sağlanabilir. Aile hekimi; yaşlı sağlığını, fiziksel, psikolojik ve sosyolojik boyutları ile ele almalı; hastasının sahip olduğu değerleri ve tercihleri fark ederek hastasının ve gerekirse hasta yakınlarının karar verme sürecinde yol gösterici olmalı, tedavisine sadece hastasının yaşına göre karar vermemeli; gerekli bakımın elde edilmesinde kolaylaştırıcı rol üstlenmeli; hastası ve gerekirse hasta yakınları ile etkin bir iletişim sağlamalı, hastasının kronik hastalığına yönelik iletişim becerileri geliştirmeli; hastasının akut ve kronik sorunlarını iyi tanıyarak, hastasının şikayetlerini sadece yaşına bağlamamalıdır<sup>46,48</sup>. SB tarafından Temmuz 2021'de yayınlanan bir yönerge ile 65 yaş ve üzeri kişilerin yılda bir kez Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirme Kılavuzu'na göre aile hekimleri tarafından taranması yürürlüğe konmuştur<sup>49</sup>.

## 2.6. YAŞLI AYRIMCILIĞI VE YAŞLILARA KARŞI TUTUM

“Yaşçılık” ya da “Yaş ayrımcılığı” literatürde “*Ageism*” olarak geçmekte olup ilk olarak 1969 yılında Robert Butler tarafından tanımlanmış olup, yaşından ötürü bireylere yönelik sistematik klişeleştirme ve ayrımcılık olarak tanımlanmaktadır<sup>50,51</sup>. Yaş ayrımcılığı her yaştaki bireyi etkileyebileceği gibi en çok yaşlı bireyleri etkiler ve literatürde de çoğunlukla yaşlı ayrımcılığı olarak geçmektedir<sup>52</sup>. Yaşlı ayrımcılığı kişiye sadece yaşından dolayı ya da yaşının getirdiği yetersizlik ve olumsuzluklardan dolayı gösterilen önyargı, tutum, farklı davranış ve eylemleri içeren çok kapsamlı bir tanımlamadır ve sağlık çalışanlarında da görülebilen etik bir sorundur<sup>53</sup>. Yaşlı insanların topluma katkılarına ve geniş çeşitliliğine rağmen, yaşlı insanlar hakkındaki olumsuz tutumlar toplumlarda yaygındır ve nadiren sorgulanır<sup>54</sup>. Yaşlı ayrımcılığının gelişiminde bu olumlu ve olumsuz tutumların belirleyici olması nedeniyle yaşlı ayrımcılığına ilişkin veriler incelenirken, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının tutumlarını ve bu tutumları etkileyen faktörleri belirlemek önemlidir.

Tutum kelime anlamı ile “tutulan yol, tavır” manasında olup, bir durum karşısında sergilenen davranış biçimini ifade etmektedir. Sosyal psikolojinin temel kavramlarından biri

sayılan tutum kavramı, genel olarak “bir bireye atfedilen ve onun psikolojik bir nesneye/olaya/insana ilişkin düşünce, duygu ve davranışlarını organize eden bir eğilime işaret etmek için kullanılmaktadır. Tutumlar doğuştan gelmezler, öğrenme yolu ile kazanılırlar<sup>55</sup>.

Yaşlılara karşı tutum, yaşlıların daha fazla hastalıklara sahip olması, bakımlarıyla ilgili daha kişisel gereksinimlere sahip olması, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olabilmeleri gibi sebeplerle diğer popülasyonlara karşı olan tutum davranışından ayrılır<sup>56</sup>. Sağlık profesyonellerinin yaşlı hastalara yönelik tutumlarının belirlenmesi ise, özellikle yaşçılığa ve yaşlı oldukları için insanlara karşı ayrımcılığa yol açması nedeniyle yaşlanmaya karşı olumsuz tutumların farkına varılması açısından önemlidir<sup>40</sup>. Dünya Sağlık Örgütü'nün tarafından yapılan 57 ülkeyi kapsayan bir araştırmada, yanıt verenlerin %60'ının yaşlılara çok az saygı duyduğunu ve olumsuz tutumların daha zengin ülkelerde daha yüksek olduğu bildirildi. Yaşlıların kendilerini bir yük olarak hissetmesi ve kendilerine karşı olumsuz düşüncelere sahip olması, onları depresyon, sosyal izolasyona ötelediği gibi yapılan yaşam ömürlerinin de daha kısa olduğu yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur<sup>40</sup>. Ayrıca sağlık profesyonellerinin yaşlılara yönelik ön yargıları, inançları, değerleri, tutumları ve davranışları, bakımın kalitesini etkilediği için önemlidir<sup>10</sup>.

Yaşlılara karşı tutum düzeyleri yaşlıların bakımını ve sunulacak hizmetleri etkileyebilecek önemli bir değişkendir. Yaşlı nüfusu giderek artan dünyada toplumun tüm kesimlerinde yaşlılara karşı tutum düzeylerinin değerlendirilmesi vazgeçilmezdir<sup>8</sup>. Genellikle yaşlılar, sağlık bakım hizmeti veren kurumlar ve sağlık çalışanları tarafından yatak işgal eden, uzun süre hastanede yatışı gereken, hastanenin etkinliğini azaltan ve tedavi edilemedikleri için de sağlık sisteminde başarısızlık olarak nitelendirilen bir grup olarak tanımlanmaktadır<sup>45</sup>. Sağlık hizmeti verilen kurumlarda, yaşlı bireylere yeterli tedavi sağlanarak pek çok hastalığın önlenmesinin aksine, yaşlı bireylerin hastalıkları ve sağlık sorunlarının yaşa bağlı beklenen bir durum olduğu hatta “normal” kabul edildiği, önemsenmediği belirtilmektedir. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında ekonomik ve ulaşım gibi engellerin önemsenmediği vurgulanmaktadır<sup>45</sup>. Sağlık hizmetlerini en çok kullananların yaşlı bireyler olduğu inancının yaygın olduğu, sağlık hizmeti sunanların yaşlıların kronik sorunları ile uğraşmak yerine, genç hastaların akut sağlık sorunları ile ilgilenmeyi tercih ettikleri belirtilmektedir<sup>45</sup>.

Olumsuz düşünce ve davranışların karşısında durmak vazgeçilmezdir; daha olumlu ve gerçekçi bir anlayış oluşturmak için başka çalışmaların da gerekli olması nedeniyle Dünya Sağlık Asamblesi tarafından (2016) Yaşlılıkla Mücadele Küresel Kampanyası oluşturulmuştur. Bu kampanyanın amacı, yaş ve yaşlanmaya yönelik düşünme, hissetme ve hareket etme şeklimizi değiştirerek her yaş için bir dünya yaratmaktır<sup>54</sup>.

Yaşlılara yönelik tutumu ve yaşlı ayrımcılığını ölçmek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler;

-Yaşlı Tutum Değerlendirme Anketi (*University of California, Los Angeles Geriatrics Attitudes Scale, UCLA-GA*) Reuben tarafından 1998 yılında oluşturulmuş, 2011’de Şahin S. ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olup, birinci basamakta çalışan aile hekimi ve dahiliye asistanlarının yaşlılara karşı tutumlarını ölçen bir ankettir<sup>57,58</sup>. UCLA Yaşlı Tutum Değerlendirme Anketi, yaşlılara tutumu değerlendiren en sık kullanılan ankettir.

- Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği (*Kogan Attitudes Toward Old People Scale, KOGAN*) 1961 yılında Kogan tarafından genel popülasyonun yaşlılara yönelik tutumlarını ölçme amacıyla geliştirilmiş ve 2011 de Kılıç D. Ve Adıbelli D. tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır<sup>56,59</sup>. Medikal terminoloji içermeyen daha çok kişilerin bilgi ve inanç durumlarını ölçen, 6 puanlık likert tipinde bir ölçek olup 17 olumlu, 17 olumsuz soru olmak üzere toplamda 34 sorudan oluşmaktadır<sup>60</sup>. Olumlu ve olumsuz olarak 2 alt boyutu olup, 34-238 arasında puanlanır.

- “*Modified Maxwell–Sullivan Attitude Survey (MSAS)*” aile hekimi asistanları için geliştirilmiş 5 puanlık likert tipinde 28 soruluk bir ölçektir<sup>61</sup>. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği bulunmamakla birlikte güvenilirliği zayıf/ düşük olarak bildirilmiş bir ölçektir<sup>58</sup>.

- “*Palmore’s Facts on Aging Quiz*” 1977’de Palmore tarafından geliştirilmiş yaşlanma sürecine ilişkin 25 adet doğru-yanlış bilgi sorusunu içeren bilgiye yönelik bir araştırma ölçeğidir. Yaşlılara karşı tutumu direkt olarak ölçmez<sup>62</sup>.

-Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) Vefikuluçay ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Türkiye’de üniversite öğrencilerinde yaşlı ayrımcılığını ölçmek amacıyla geliştirilmiş 23 sorudan ve 3 alt boyuttan oluşan bir ölçektir<sup>63</sup>.

- Fraboni Yaşlılığa Karşı Ayrımcılık Ölçeği (“*Fraboni Scale of Ageism*”) Fraboni ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiş olup, 2012’de Kutlu ve arkadaşları tarafından toplumda Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışılmıştır<sup>64,65</sup>. Literatürde tıbbi profesyoneller için kullanımı kısıtlıdır<sup>60</sup>.

- “*The Ageing Semantic Differential (ASD)*”: İlk olarak 1946 yılında geliştirilmiş, literatürde tıp fakültesi öğrencilerinin tutumlarını ölçmede en fazla kullanılan araçtır<sup>60</sup>. Daha çok bilgiye dayalı tutumu ölçen KOGAN ve Palmore ölçeklerine göre daha spesifiktir. 2003 yılında revize edilmiştir<sup>60</sup>. 2021 yılında Türkçe’ye adapte edilmiştir<sup>66</sup>.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel nitelikte olan bu araştırmanın evrenini, Türkiye’de tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği’nden sözel olarak alınan bilgiye göre Türkiye’de Aralık 2020 tarihinde tam zamanlı uzmanlık eğitimi almakta olan 1200 civarı aile hekimi asistanı olduğu tahmin edilmektedir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü G\*Power programı ile yapılan güç analizi ile hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü=0.25;  $\alpha=0.05$  ve Güç  $(1-\beta) =0.95$  şeklinde alınarak, G\*Power programı ile yapılan güç analizi sonucunda; tam zamanlı aile hekimliği asistanları için toplam örneklem büyüklüğü Türkiye genelinde minimum 280 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya toplamda 464 kişi katılmıştır. Katılımcılardan 77 kişi Sözleşmeli Aile Hekimi Uzmanlığı (SAHU) öğrencisi olduğunu belirtmesi sebebiyle çalışma kapsamı dışında bırakılmış olup, 387 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın veri toplama formu online anket yöntemi ile Google formlar üzerinden oluşturulmuştur. Veri toplama formu 25 Aralık 2020-25 Ocak 2021 tarihleri arasında Türkiye’de bu tarihte görev yapmakta olan aile hekimi asistanlarına üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapmakta olan eğitimciler ve asistan temsilcileri aracılığı ile elektronik ortam üzerinden ve Whatsapp gruplarında paylaşılarak ulaştırılmıştır. Katılımcılara onar günlük ara ile üç kez hatırlatma yapılmıştır. Anketi yalnızca bir kez doldurmaları istenmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; tam zamanlı aile hekimliği asistanı olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Dahil edilmeme kriteri ise SAHU asistanı olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak idi.

Veri toplama formunda toplam 35 sorudan oluşan 7 bölüm bulunmaktadır.

-İlk bölümde Reuben ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiş, Şahin ve arkadaşları (2012) tarafından ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması sağlık çalışanlarında yapılmış olan 14 maddeden oluşan “UCLA Yaşlı Tutum Değerlendirme Anketi” bulunmaktadır. Anketin Cronbach’s alfa katsayısı Reuben ve ark. tarafından 0,76, Şahin ve ark tarafından ise 0,67 olarak rapor edilmiştir<sup>57,58</sup>. Pozitif ve negatif tutuma dair cümleleri içeren, 5 puanlık,

likert tipinde (“Kesinlikle katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Kesinlikle katılmıyorum”) maddeler içeren 14 soruluk bir skaladan oluşmaktadır. Anket sosyal değerler, tıbbi bakım, şefkat ve kaynak dağılım olarak dört alt boyutu içermekte olup, minimum (min) / maksimum (maks) puanları şu şekildedir: sosyal değerler (min: 2, maks: 10), tıbbi bakım (min: 4, maks: 20), şefkat (min: 4, maks: 20), kaynak dağılımı (min: 4, maks: 20). Anketten alınabilecek toplam minimum puan 14, maksimum puan 70’dir. Daha yüksek puanlar daha olumlu tutumu gösterir. Ölçekte bulunan 1, 4, 7, 9. ve 14. sorular pozitif, geriye kalan dokuz soru negatif ifadeden oluşmaktadır ve negatif ifadeler ters kodlama ile puanlanmaktadır<sup>58</sup>. Anket kullanım izni orijinal ölçek sahibinden alınmıştır.

-İkinci bölümde yaş, cinsiyet, uyruk, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, aile tipini öğrenmeye yönelik genel sosyodemografik bilgiler bulunmaktadır.

-Üçüncü bölümde çalışma pozisyonu, görev yaptığı il, hekimlik ve aile hekimliği asistanlığı süresi, yaşlı sağlığı hizmetlerinde çalışma tecrübesine yönelik hekimlik ve asistanlığa dair bilgiler yer almaktadır.

-Dördüncü bölümde okuduğu tıp fakültesinde geriatri eğitimine dair sorular bulunmaktadır.

-Beşinci bölümde asistanlıkta geriatri eğitimine dair sorular bulunmaktadır.

-Altıncı bölümde ailede 65 yaş ve üzeri birey varlığı, varsa bu kişilerin yaşadığı yer, yakınlık derecesi, ailede bakıma muhtaç birey varlığı, varsa bu kişilere verilen bakım süresi, 65 yaş ve üzeri kişiler ile birlikte yaşama isteğini öğrenmeye yönelik yaşlı aile bireyleriyle ilişkilere dair sorular bulunmaktadır.

-Yedinci bölümde yaşlı insanlarla ilişkiler, yaşlılığı ve yaşlılara karşı tutumu tanımlamaya dair sorular, gelecekte yaşlı sağlığı biriminde çalışma isteğini öğrenmeye yönelik yaşlı sağlığı ile ilgilenme durumuyla ilgili sorular bulunmaktadır.

2.-7. Bölümlerdeki sorular araştırmacı tarafından güncel literatür kapsamlı olarak tarandıktan sonra kişilerin sosyodemografik özelliklerini ve yaşlılara karşı tutumlarıyla ilişkili olabilecek verileri tespit etmeye yönelik hazırlandı. Online veri formu gönderilen link üzerinden açıldığında formun başında yer alan Aydınlatılmış Onam Formu içerisinde “Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.” seçeneğini işaretleyen katılımcılar

araştırmaya dahil edildi. Veri toplama formunun tamamlanması ortalama 5 dakika olarak hesaplandı.

Çalışmanın etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi Giriřimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan GOKAEK-2020/22.14 sayılı karar numarası ile çalışmaya başlamadan önce alınmıştır.

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Nümerik değişkenler ortalama±standart sapma veya medyan (25.-75. persentil) olarak verildi. Kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak gösterildi. Gruplar arasındaki farklılıklar normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile belirlendi. Çoklu karşılaştırmalar için Dunn testi kullanıldı. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İki yönlü hipotezlerin testinde  $p<0,05$  istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Veri toplama formunu yanıtlayan 463 hekimden 77'si çalışmanın dışlama kriterlerinden olan SAHU öğrencisi olduğunu belirtmesi nedeniyle çalışma dışı bırakılarak araştırmaya 386 araştırma görevlisi dahil edildi. Katılımcıların %72'si (n=278) kadın, %27,5'i (n=106) erkekti, cinsiyetini belirtmek istemeyenler %0,5 (n=2) idi. Katılımcıların %69,7'si (n=269) 20-29 yaş aralığında, %30,3'ü (n=117) 30 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %98,7'si (n=381) uyruğunu Türkiye Cumhuriyeti olarak belirtmiştir. Evli olanların oranı %58,3 (n=225), bekar olanların ise %41,7 (n=161) tir. Çocuk sahibi olmalarına göre; %64,5 (n=249) çocuğu olmadığını, %22,5 (n=87) 1 çocuğu olduğunu, %13,0 (n=50) 2 ve üzeri çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin üniversiteye dek yaşadığı aile tipi incelendiğinde %83,9'unun (n=324) çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Asistanların %68,9'u (n=266) üniversite hastanesinde aile hekimliği asistanı, %31,1'i (n=120) eğitim ve araştırma hastanesinde aile hekimliği asistanı olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

**Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

Özellik	Gruplar	Sayı	Yüzde
		N	%
Yaş	20-29	269	69,7
	30 ve üzeri	117	30,3
Cinsiyet	Belirtmek istemiyorum	2	0,5
	Kadın	278	72,0
	Erkek	106	27,5
Uyruk	T.C. harici	5	1,3
	T.C.	381	98,7
Medeni durum	Bekar	161	41,7
	Evli	225	58,3
Çocuk sayısı	0	249	64,5
	1	87	22,5
	2 ve üzeri	50	13,0



<b>Gelir düzeyi</b>	Gelirim giderimden az	43	11,1
	Gelirim giderime eşit	159	41,2
	Gelirim giderimden fazla	184	47,7
<b>Üniversiteye dek yaşadığınız aile tipi</b>	Çekirdek aile	324	83,9
	Geniş aile	53	13,7
	Ebeveynlerin ayrı olduğu (boşanmış ya da ebeveynlerden birinin hayatta olmadığı) aile	4	1,0
	Diğer	5	1,3
<b>Aile hekimi asistanı olarak çalıştığı yer</b>	Eğitim ve araştırma hastanesi	120	31,1
	Üniversite hastanesi	266	68,9
	Total	386	100,0

Hekim olarak çalışma süresi ortalama  $4,15 \pm 2,86$  yıl (min: 1 yıl, maks: 30 yıl) olarak saptanmıştır. Aile hekimliği asistanlığında geçen ortalama süre  $22,6 \pm 11,2$  ay (min: 1 ay, max: 63 ay) idi (Tablo 2).

**Tablo 2: Katılımcıların Meslekte Çalışma Süreleri**

	N (Sayı)	Ortalama	Standart Sapma
<b>Hekimlikte geçen süre (yıl)</b>	386	4,15	2,86
<b>Aile hekimliği asistanlığında geçen süre (ay)</b>	386	22,61	11,20

Çalışmamızda asistan hekimlerin %38,1'i evde sağlık, %16,6'sı palyatif bakım servislerinde, %26,2'si E-ASM'de, %29,3'ü ASM'de, %2,4'ü yaşlı bakım/huzurevi vb. alanlarda çalışmıştır. Asistan hekimlerin yaşlı sağlığı hizmetleri sunan birimlerde çalışma durumları ayrıntılı olarak Tablo 3'te verilmiştir. Hekimlerin huzurevi ziyaret sıklığı incelendiğinde %57,3'ü (n=221) hiç ziyarette bulunmadığını belirtmiştir (Tablo 4).

**Tablo 3: Asistan hekimlerin yaşlı sağlığı hizmetleri sunan birimlerde çalışma durumları**

Birimler	Hiç çalışmadım		Halen çalışmaktayım (Uzmanlık eğitimim sürecinde çalıştım/çalışacağım.)		Uzmanlık eğitimimden önce çalışmıştım		Total	
	N (Sayı)	% (Yüzde)	N (Sayı)	% (Yüzde)	N (Sayı)	% (Yüzde)	N (Sayı)	% (Yüzde)
<b>Evde Sağlık Hizmetleri</b>	239	61,9	67	17,4	80	20,7	386	100
<b>Palyatif Bakım Servisleri</b>	322	83,4	42	10,9	22	5,7	386	100
<b>E-ASM</b>	285	73,8	91	23,6	10	2,6	386	100
<b>ASM</b>	273	70,7	29	7,5	84	21,8	386	100
<b>Yaşlı bakım/huzur evi, diğer</b>	377	97,7	3	0,8	6	1,6	386	100

**Tablo 4: Huzur evi ziyaretinde bulunma sıklığınız?**

Gruplar	N (Sayı)	% (Yüzde)
<b>Hiç bulunmadım</b>	221	57,3
<b>Daha seyrek</b>	160	41,5
<b>Yılda 1-2 kez</b>	5	1,3
<b>Total</b>	386	100

#### 4.2. HEKİMLERİN YAŞLI SAĞLIĞI YÖNETİMİ KONUSUNDA EĞİTİM BİLGİLERİ

“Tıp fakültesinde aldığınız yaşlı sağlığı yönetimi eğitimi konusunda mezuniyet sırasındaki yeterlilik düzeyini değerlendiriniz.” sorusuna asistan hekimlerin %43,3’ü (n=167) kendisini hiç yeterli bulmadığını, %56,7’si (n=219) bir miktar yeterli ya da yeterli bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 5). Okuduğu tıp fakültesinde geriatri kliniği bulunanların oranı %34,2 (n=132) olarak saptanmıştır (Tablo 6).

**Tablo 5: Katılımcıların tıp fakültesinde aldıkları yaşlı sağlığı yönetimi eğitimi konusunda mezuniyetleri sırasındaki yeterlilik düzeyleri**

Parametre	N (Sayı)	% (Yüzde)
<b>Hiç yeterli bulmuyorum</b>	167	43,3
<b>Bir miktar yeterli/yeterli buluyorum</b>	219	56,7
<b>Total</b>	386	100

**Tablo 6: Okuduğunuz tıp fakültesinde geriatri kliniği var mıydı?**

Parametre	N (Sayı)	% (Yüzde)
<b>Evet</b>	132	34,2
<b>Hayır</b>	254	65,8
<b>Total</b>	386	100

“Uzmanlık eğitim programınız içerisinde bölüm tarafından yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitimi aldınız mı/ alacak mısınız?” sorusuna hekimlerin %35,2’si (n=136) “Evet”, %64,8’i (n=250) “Hayır” yanıtını vermiştir. Uzmanlık yapmakta olduğu hastanede geriatri kliniği olanların oranı %29,5 (n=114) olarak saptanmıştır (Tablo 7). “Yaşlı sağlığı yönetimi konusunda Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı’nda (v2.4-2019) belirtilen "Karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişim uygulayabilme" konusunda yeterlilik düzeyinizi belirtiniz.” sorusuna asistan hekimlerin %37’si (n=143) kendisini hiç yeterli bulmadığını, %54,4’ü (n=210) bir miktar yeterli bulduğunu, %8,5’i (n=33) yeterli bulduğunu belirtmiştir (Tablo 8).

**Tablo 7: Katılımcıların uzmanlık eğitim programı içerisinde yaşlı sağlığı eğitimi alma durumları ve uzmanlık eğitimi alınan hastanede geriatri kliniği bulunma durumu**

Parametre	Uzmanlık eğitim programınız içerisinde bölüm tarafından yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitimi aldınız mı/ alacak mısınız?		Uzmanlık eğitimi aldığınız hastanede geriatri kliniği var mı?	
	N (Sayı)	% (Yüzde)	N (Sayı)	% (Yüzde)
<b>Evet</b>	136	35,2	114	29,5
<b>Hayır</b>	250	64,8	272	70,5
<b>Total</b>	386	100	386	100

**Tablo 8: Katılımcıların Yaşlı sağlığı yönetimi konusunda Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda (v2.4-2019) belirtilen " karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişim uygulayabilme" konusunda yeterlilik düzeyi**

**Yaşlı sağlığı yönetimi konusunda Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda (v2.4-2019) belirtilen " karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişim uygulayabilme" konusunda yeterlilik düzeyinizi belirtiniz.**

Parametre	N (Sayı)	% (Yüzde)
<b>Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.</b>	143	37
<b>Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.</b>	210	54,4
<b>Kendimi oldukça yeterli buluyorum.</b>	33	8,5
<b>Total</b>	386	100

Asistan hekimlerin çeşitli geriatrik konularda kendilerini yeterli görme dereceleri Tablo 9'da ayrıntılı olarak verilmiştir.

**Tablo 9: Asistan hekimlerin çeşitli geriatrik konularda kendilerini yeterli görme dereceleri**

Lütfen aşağıdaki geriatrik konularda kendinizi yeterli görme derecenizi belirtiniz.								
Parametre	Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.		Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.		Kendimi oldukça yeterli buluyorum.		Total	
	N (Sayı)	% (Yüzde)	N (Sayı)	% (Yüzde)	N (Sayı)	% (Yüzde)	N (Sayı)	% (Yüzde)
Yaşlı beslenmesi	118	30,6	221	57,3	47	12,2	386	100
Yaşlıda hareket sorunları, egzersiz	105	27,2	237	61,4	11,4	149	386	100
Yaşlı ile iletişim	29	7,5	208	53,9	149	38,6	386	100
Ruhsal durumu değerlendirme	63	16,3	234	60,6	89	23,1	386	100
Yaşlı hastada ilaç kullanım ilkeleri	92	23,8	236	61,1	58	15	386	100
Multimorbidite yönetimi	135	35	213	55,2	38	9,8	386	100
Bilişsel sorunlar	122	31,6	216	56	48	12,4	386	100
Uyku sorunları	131	33,9	207	53,6	48	12,4	386	100
Yaşlanmanın sosyal boyutu (sosyal güvenlik, sosyal yardım, yalnızlık, sağlık hizmetlerine ulaşım, ekonomik boyut vb.)	112	29	222	57,5	52	13,5	386	100
Adli sorunlar ve istismar	170	44	170	44	46	11,9	386	100

Asistan hekimlerin %64'ü (n=247) yaşlı sağlığına yönelik herhangi bir kurs, seminer ya da panele katılmadığını belirtmiştir. %30,1'i (n=116) ise 1-2 kez katıldığını ifade etmiştir (Tablo 10).

**Tablo 10: Asistan hekimlerin yaşlı sağlığına yönelik katıldıkları kurs, seminer, panel sayısı**

Yaşlı sağlığına yönelik herhangi bir kurs, seminer, panele kaç kez katıldınız?		
Parametre	N (Sayı)	% (Yüzde)
Hiç katılmadım	247	64
1-2 kez	116	30,1
3-5 kez	19	4,9
>5 kez	4	1
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>100</b>

Hekimlerin geriatri konusunda geleceğe yönelik düşünceleri incelendiğinde; geriatriinin yan dal uzmanlığı olması gerektiğini düşünenler %71,2 (n=275) olup çoğunluğu oluşturmaktadır. Gelecekte yaşlı sağlığı hizmeti sunan birimlerde çalışma isteği sorgulandığında hekimlerin %44'ü (n=170) çalışmak istediğini, %40,7'si (n=157) ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 11).

**Tablo 11: Hekimlerin geriatri konusunda geleceğe yönelik düşünceleri**

Hekimlerin geriatri konusunda geleceğe yönelik düşünceleri			
Parametre	Gruplar	N (Sayı)	% (Yüzde)
Aile hekimliği uzmanlığında geriatri yan dal uzmanlığı olmalı mıdır?	Kararsızım	74	19,2
	Evet	275	71,2
	Hayır	37	9,6
Gelecekte yaşlı sağlığına yönelik hizmet sunan birimlerde çalışmak ister misiniz?	Kararsızım	157	40,7
	Evet	170	44
	Hayır	59	15,3
	Total	386	100

### 4.3. HEKİMLERİN AİLELERİNDEKİ YAŞLI BİREYLERE YÖNELİK BİLGİLER

Asistan hekimlerin ailelerindeki yaşlı bireylere yönelik bilgiler sorgulandığında %80,1'inin (n=309) ailesinde 65 yaş ve üzeri bir birey olduğu saptanmıştır. Ailedeki 65 yaş ve üzeri bireylerin %43 (n=145) oranında kendi evinde eşiyle yaşamakta olduğu belirtilmiştir. 65 yaş ve üzeri bir birey ile aynı evde yaşama durumu sorulduğunda hekimlerin %49,2'si (n=190) daha önceden yaşadığını, %47,2'si (n=182) hiç yaşamadığını, %3,6'sı (n=14) ise halen yaşadığını belirtmiştir. "Ailenizde sizinle yaşayan bakıma muhtaç yetişkin/yaşlı bir birey var mı?" sorusuna %95,1 (n=367) oranında "Hayır" yanıtı verilmiştir (Tablo 12).

**Tablo 12: Ailedeki yaşlı bireylere yönelik bilgiler**

Parametre	Gruplar	N (Sayı)	% (Yüzde)
<b>Ailenizde 65 yaş ve üzeri bir birey var mı?</b>	Evet	309	80,1
	Hayır	77	19,9
<b>Ailedeki 65 yaş ve üzeri kişilerin yaşadığı yer</b>	Çocukların evinde çocuklarıyla	59	17,5
	Kendi evinde bakıcıyla	2	0,6
	Kendi evinde çocuklarıyla	67	19,9
	Kendi evinde eşiyle	145	43
	Kendi evinde yalnız	64	19
	Missing	7	
<b>65 yaş ve üzeri bir birey ile aynı evde yaşama durumunuz</b>	Hiç yaşamadım	182	47,2
	Halen yaşıyorum	14	3,6
	Daha önceden yaşadım	190	49,2
<b>Ailenizde sizinle yaşayan bakıma muhtaç yetişkin/yaşlı bir birey var mı?</b>	Evet	19	4,9
	Hayır	367	95,1

**Tablo 13: Yaşlılara Yönelik Bakış Açısı**

<b>Yaşlılara Yönelik Bakış Açısı</b>			
<b>Parametre</b>	<b>Gruplar</b>	<b>N (Sayı)</b>	<b>% (Yüzde)</b>
<b>65 yaş ve üzeri aile bireyleriyle beraber yaşamak ister misiniz?</b>	Kararsızım	179	46,4
	Evet	138	35,8
	Hayır	69	17,9
<b>Yaşlılık denince aklınıza gelen "ilk" kelime hangisidir?</b>	Ağrı	11	2,8
	Aile Büyüğü	139	36
	Deneyim	49	12,7
	Emeklilik	6	1,6
	Hastalık	44	11,4
	Huysuzluk	4	1
	Muhtaçlık	36	9,3
	Ölüm	13	3,4
	Sevimli Olmak	21	5,4
	Unutkanlık	7	1,8
	Yalnızlık	17	4,4
	Yavaş Olmak	7	1,8
	Zorluk	26	6,7
	Diğer	6	1,6
	Total	386	100
<b>Sizce yaşlılara karşı tutumu iyileştirebilmek için gerekli "en önemli" davranış biçimi hangisidir?</b>	Anlayışlı Olmak	104	26,9
	Bakım Vermek	5	1,3
	Değer Vermek	45	11,7
	Eğitim Almak	15	3,9
	Empati Yapmak	82	21,2
	Etkin Dinlemek	10	2,6
	İlgi Göstermek	40	10,4
	Sabırlı Olmak	61	15,8
	Saygılı Olmak	14	3,6
	Yardım Etmek	10	2,6
Total	386	100	



Hekimlere 65 yaş ve üzeri aile bireyleri ile yaşama isteği sorulduğunda kişiler %46,4 (n=179) oranında “Kararsızım”, %35,8 (n=138) “Evet yanıtını vermiştir. “Yaşlılık denince aklınıza gelen "ilk" kelime hangisidir?” sorusuna en fazla verilen yanıtlar sırasıyla “Aile büyüğü” (%36), “Deneyim” (%12,7), “Hastalık (%11,4) olmuştur. “Sizce yaşlılara karşı tutumu iyileştirebilmek için gerekli "en önemli" davranış biçimi hangisidir?” sorusuna en fazla verilen yanıtlar sırasıyla “Anlayışlı Olmak” (%26,9), “Empati Yapmak” (%21,2), “Sabırlı Olmak” (%15,8) olmuştur (Tablo 13). Hekimlerin yaşlılar ile ilişki düzeylerini 1-7 arasında bir skalada değerlendirmeleri istendiğinde ortalama puan  $4,52 \pm 0,926$  (min 1, maks 6) saptanmıştır (Tablo 14).

**Tablo 14: Katılımcıların yaşlılar ile ilişki düzeyi**

Yaşlılar ile ilişki düzeyi	N (Sayı)	Ortalama	Standart Sapma
Yaşlı insanlarla ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?	386	4,52	0,926

#### 4.4. KATILIMCILARIN UCLA-GA’DAN VE ALT BOYUTLARINDAN ALDIKLARI PUANLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ

Ortalama UCLA-GA skoru  $42,88 \pm 6,20$  (min 25, maks 62) saptanmıştır. Toplam puan ve alt boyut puanları Tablo 15’te detaylı olarak verilmiştir.

**Tablo 15: UCLA-GA Toplam ve Alt Boyut Puanları**

	Sosyal değerler	Tıbbi bakım	Şefkat	Kaynak dağılım	Toplam	
<b>N (Sayı)</b>	386	386	386	386	386	
<b>Ortalama</b>	6,72	13,96	10,17	12,01	42,88	
<b>Ortanca</b>	7,00	14,00	9,00	12,00	42,00	
<b>Standart Sapma</b>	1,58	3,05	4,64	2,55	6,20	
<b>Minimum</b>	2,00	4,00	4,00	4,00	25,00	
<b>Maksimum</b>	10,00	20,00	20,00	19,00	62,00	
<b>Persentil</b>	25	6,00	12,00	6,00	10,00	38,00
	75	8,00	16,00	13,00	14,00	47,00

Ortalama puan kadınlar için 42,64±6,13, erkekler için 43,57±6,37 olarak saptanmıştır. Yaş grupları 30 yaş ve üzeri, 29 yaş ve altı olarak gruplanmış olup, bu gruplar arasında UCLA-GA toplam puan ve alt grup puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,288$ ). Kadın ve erkek hekimler arasındaki ortalama toplam UCLA-GA puanı karşılaştırıldığında, erkeklerde daha yüksek puan olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,132$ ). Medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, üniversiteden önce yaşadığı aile tipi ile UCLA-GA'dan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 16).

**Tablo 16: Katılımcıların UCLA-GA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi**

		N (%)	Sosyal değerler*	Tıbbi bakım*	Şefkat*	Kaynak dağılımı*	Toplam*
<b>Yaş</b>							
	<30 yaş	269(%69,6)	7 (6-8)	15(12-16)	9(6-13)	12(10-14)	42(39-47)
	≥30 yaş	117(%30,3)	7(6-7)	14(12-16)	10(6-13)	12(10-14)	42(38-47)
	<b>p değeri</b>		0,246	0,072	0,634	0,965	0,288
<b>Cinsiyet</b>							
	<b>Kadın</b>	278(%72,0)	7(6-8)	14(12-16)	9(6-12,2)	12(10-14)	42(38-47)
	<b>Erkek</b>	106(%27,4)	7(6-8)	14(11-17)	11(7-15)	12(10-13)	44(39-48)
	<b>p değeri</b>		0,099	0,864	0,101	0,656	0,132
<b>Medeni durum</b>							
	<b>Bekar</b>	161(%41,7)	7(6-8)	15(12-17)	9(6-13)	12(10-14)	42(39-47)
	<b>Evli</b>	225(%58,2)	7(6-8)	14(12-16)	10(6-13)	12(11-14)	42(38-47)
	<b>p değeri</b>		0,826	0,07	0,703	0,262	0,957

<b>Çocuk sayısı</b>							
	<b>0</b>	249(%64,5)	7(6-8)	14(12-16)	9(6-12)	12(10-14)	43(39-47)
	<b>1</b>	87(%22,5)	7(6-7)	14(11-16)	10(6-15)	13(10-14)	42(37-47)
	<b>≥2</b>	50(%12,9)	7(6-8)	14(11-16)	11(7-15,25)	12(10-13)	42,50(38-46,25)
	<b>p değeri</b>		0,486	0,535	0,73	0,478	0,672
<b>Gelir düzeyi</b>							
	<b>Gelirim giderimden az</b>	43(%11,1)	7(5-8)	13(11-15)	11(8-13)	11(10-13)	42(39-45)
	<b>Gelirim giderime eşit</b>	159(%41,1)	7(6-8)	14(12-16)	9(6-13)	12(10-14)	42(38-47)
	<b>Gelirim giderimden fazla</b>	184(%47,6)	7(6-8)	15(11,25-16)	9(6-13)	12(10-14)	42(38-47,75)
	<b>p değeri</b>		0,454	0,101	0,372	0,511	0,808
<b>Aile tipi</b>							
	<b>Çekirdek aile</b>	324(%83,9)	7(6-8)	14(12-16)	9(6-13)	12(10-14)	42(38-47)
	<b>Diğer</b>	62(%16,0)	7(6-8)	14,50(12-17)	10(6-13)	12(11-14)	43(39,75-48)
	<b>p değeri</b>		0,329	0,47	0,794	0,417	0,23
<b>*Ortanca (%25-%75)</b>							

#### **4.5. KATILIMCILARIN UCLA-GA'DAN VE ALT BOYUTLARINDAN ALDIKLARI PUANLARIN HEKİMLİK DENEYİMLERİ VE EĞİTİM İLE İLİŞKİSİ**

Hekimlerin hekimlik yaptığı süre ve aile hekimliği asistanlığında geçen süre ile UCLA-GA ve alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17: Hekimlik süresi ile UCLA-GA ve alt boyutlarının korelasyonu**

Parametre		Sosyal değerler	Tıbbi bakım	Şefkat	Kaynak dağılım	Toplam
<b>Hekimlikte kaçınıcı yılıdır?</b>	Korelasyon kat sayısı	-0,048	-0,090	0,034	-0,070	-0,069
	P değeri	0,344	0,079	0,500	0,170	0,174
	N (Sayı)	386	386	386	386	386
<b>Aile hekimliği asistanlığında geçen sürenizi ay ile belirtiniz.</b>	Korelasyon kat sayısı	-0,047	-0,001	0,053	0,002	0,020
	P değeri	0,356	0,992	0,301	0,966	0,692
	N (Sayı)	386	386	386	386	386

Asistan hekimlerin tıp fakültesinde aldığı yaşlı sağlığı eğitimi ve geriatri kliniği bulunması ile UCLA-GA ve alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18: Tıp Fakültesinde Eğitim Durumu ile UCLA-GA ve Alt Boyutları ile İlişkisi**

	N (%)	Sosyal değerler*	Tıbbi bakım*	Şefkat*	Kaynak dağılım*	Toplam*
<b>Tıp fakültesindeki yaşlı sağlığı eğitiminin yeterliliği</b>						
<b>Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.</b>	167(%43,2)	7(6-8)	14(12-17)	10(6-13)	12(10-14)	43(39-47)
<b>Kendimi yeterli buluyorum</b>	219(%56,7)	7(6-7)	14(11-16)	9(7-14)	12(10-14)	42(38-47)
<b>p değeri</b>		0,309	0,424	0,705	0,345	0,495
<b>Okuduğunuz tıp fakültesinde geriatri kliniği var mıydı?</b>						
<b>Evet</b>	132(%34,1)	7(6-8)	14(11-16)	7(5-13)	12(10-14)	42(37,25-47)
<b>Hayır</b>	254(%65,8)	7(6-8)	14(12-16)	10(7-13)	12(10-14)	42(39-47)
<b>p değeri</b>		0,325	0,183	0,383	0,323	0,618
<b>*Ortanca (%25-%75)</b>						

Aile hekimliği asistanlığı sırasında uzmanlık eğitim programı içerisinde bölüm tarafından yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitimi almadığını/almayacağını belirten kişiler (43(39-47)), eğitim alan kişilere (41(37-47)) göre toplam puan, şefkat ve kaynak dağılım alt boyutlarında daha yüksek UCLA-GA puanı almış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,007$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,007$ ) (Tablo 19).

Uzmanlık sırasında alınan yaşlı sağlığı eğitimini yeterli bulanlar ve bulmayanlar arasında yaşlılara karşı tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Asistanların uzmanlık eğitimi almakta olduğu akademisyen, uzman vs. kişi/kişilerin yaşlı sağlığı hizmetlerinde çalışma deneyimine göre karşılaştırma yapıldığında sosyal değerler puanında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ( $p=0,020$ ) (Tablo:19). Pairwise ikili karşılaştırma testi ile bakıldığında yaşlı sağlığı hizmetlerinde çalışma deneyimi olan eğiticilerin olmayan eğiticilere göre sosyal puan alt boyutunda fark saptanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,037$ ) (şekil 1).

Uzmanlık eğitimi aldıkları hastanede geriatri kliniği olup olmaması ya da kongre, panel, kurs katılımı deneyimleri ile UCLA-GA puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

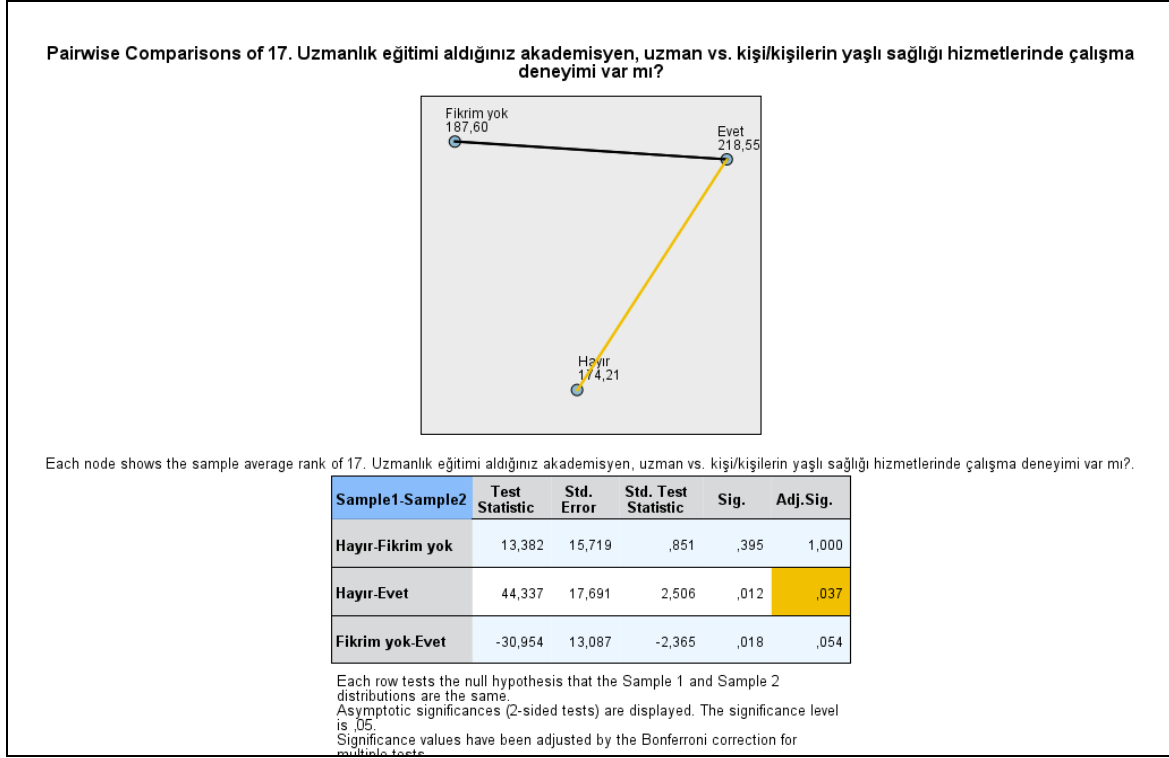
Gelecekte yaşlı sağlığına yönelik hizmet sunan birimlerde çalışmak isteyen kişiler ile istemeyen kişiler arasında şefkat alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup, isteyen kişilerde daha yüksektir ( $p=0,047$ ) (Tablo 19, şekil 2).

**Tablo 19: Uzmanlık Eğitimi Sırasında Alınan Yaşlı Sağlığı Eğitimi İle UCLA-GA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

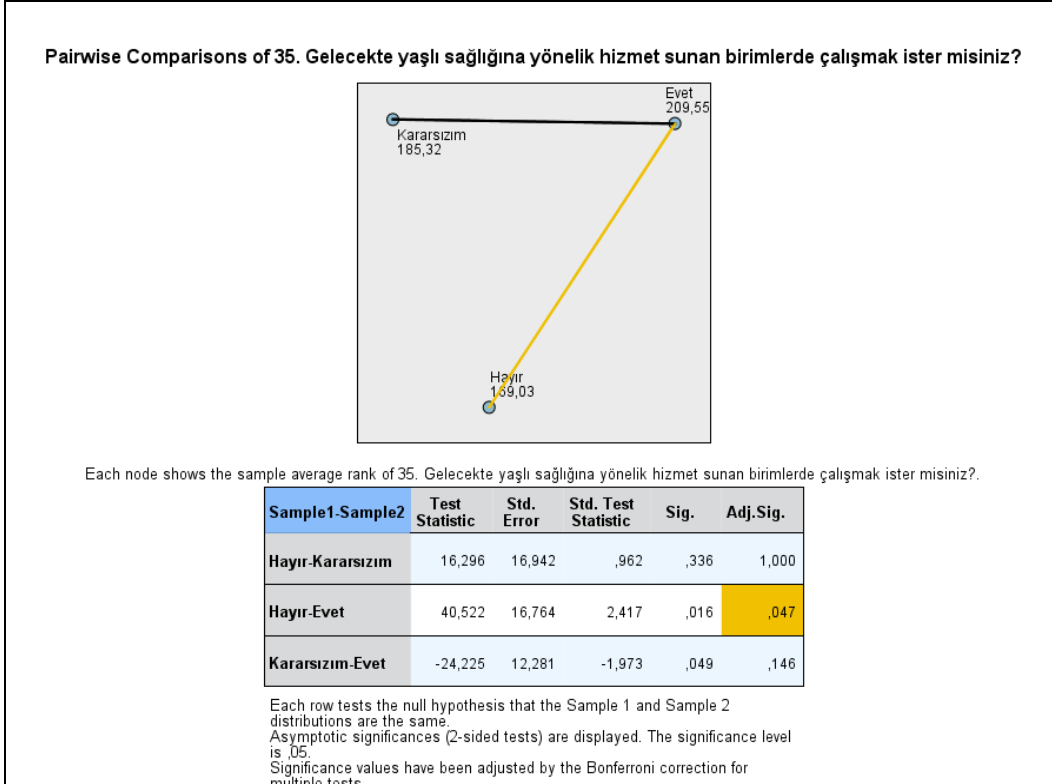
	N (%)	Sosyal değerler*	Tıbbi bakım*	Şefkat*	Kaynak dağılım*	Toplam*
<b>Uzmanlık eğitim programınız içerisinde bölüm tarafından yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitimi aldınız mı/alacak mısınız?</b>						
<b>Evet</b>	136(%35,2)	7(6-8)	14(12-16)	8(5-12)	11(9-13,75)	41(37-47)
<b>Hayır</b>	250(%64,7)	7(6-8)	14(11-16)	11(7-14)	12(11-14)	43(39-47)
<b>p değeri</b>		0,909	0,276	<b>0,002**</b>	<b>0,007**</b>	<b>0,007**</b>
<b>Uzmanlık sırasında alınan yaşlı sağlığı eğitimi yeterlilik düzeyi</b>						
<b>Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.</b>	143(%37,0)	7(6-8)	14(12-16)	9(6-13)	12(11-14)	42(39-47)
<b>Kendimi yeterli buluyorum.</b>	243(%62,9)	7(6-8)	14(11-16)	9(6-13)	12(10-14)	42(38-47)
<b>p değeri</b>		0,193	0,589	0,939	0,328	0,301
<b>Uzmanlık eğitimi aldığınız akademisyen, uzman vs. kişi/kişilerin yaşlı sağlığı hizmetlerinde çalışma deneyimi var mı?</b>						
<b>Fikrim yok</b>	225(%58,2)	7(6-8)	14(11-17)	9(6-12)	12(11-14)	42(38,5-47)
<b>Evet</b>	100(%25,9)	7(6-8)	14(12-16)	8(6-13)	11(9,25-14)	42(38-47)
<b>Hayır</b>	61(%15,8)	6(5-8)	14(12-15)	11(6-15,5)	12(10-14)	42(38,5-46)
<b>p değeri</b>		<b>0,020*</b>	0,338	0,246	0,235	0,821
<b>Uzmanlık eğitimi aldığınız hastanede geriatri kliniği var mı?</b>						
<b>Evet</b>	114(%29,5)	7(6-7)	14(12-16)	8,5(5-13)	12(10-14)	42(37-46)
<b>Hayır</b>	272(%70,4)	7(6-8)	14(11,25-16)	10(7-13)	12(11-14)	43(39-47)
<b>p değeri</b>		0,535	0,897	0,100	0,547	0,120
<b>Kongre, panel, kurs katılımı</b>						
<b>0</b>	247(%63,9)	7(6-8)	14(11-16)	10(7-13)	12(10-14)	42(38-47)
<b>≥1</b>	139(%36,0)	7(6-8)	14(12-16)	9(6-13)	12(10-14)	42(38-48)
<b>p değeri</b>		0,877	0,901	0,593	0,692	0,815
<b>Gelecekte yaşlı sağlığına yönelik hizmet sunan birimlerde çalışmak ister misiniz?</b>						
<b>Kararsızım</b>	157(%40,6)	7(6-8)	14(12-16)	8(5,50-13)	12(11-14)	42(38-47)
<b>Evet</b>	170(%44,0)	7(6-7)	14(11-16)	12(7-13)	12(10-14)	42(39-47)
<b>Hayır</b>	59(%15,2)	7(6-8)	15(12-17)	8(6-12)	11(9-14)	42(38-46)
<b>p değeri</b>		0,513	0,244	<b>0,026**</b>	0,376	0,774

\*Ortanca (%25-%75)

**Şekil 1: Uzmanlık eğitimi aldığınız akademisyen, uzman vs. kişi/kişilerin yaşlı sağlığı hizmetlerinde çalışma deneyimi- Sosyal değerler alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi)**



**Şekil 2: Gelecekte yaşlı sağlığına yönelik hizmet sunan birimlerde çalışmak ister misiniz? - Şefkat alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi)**



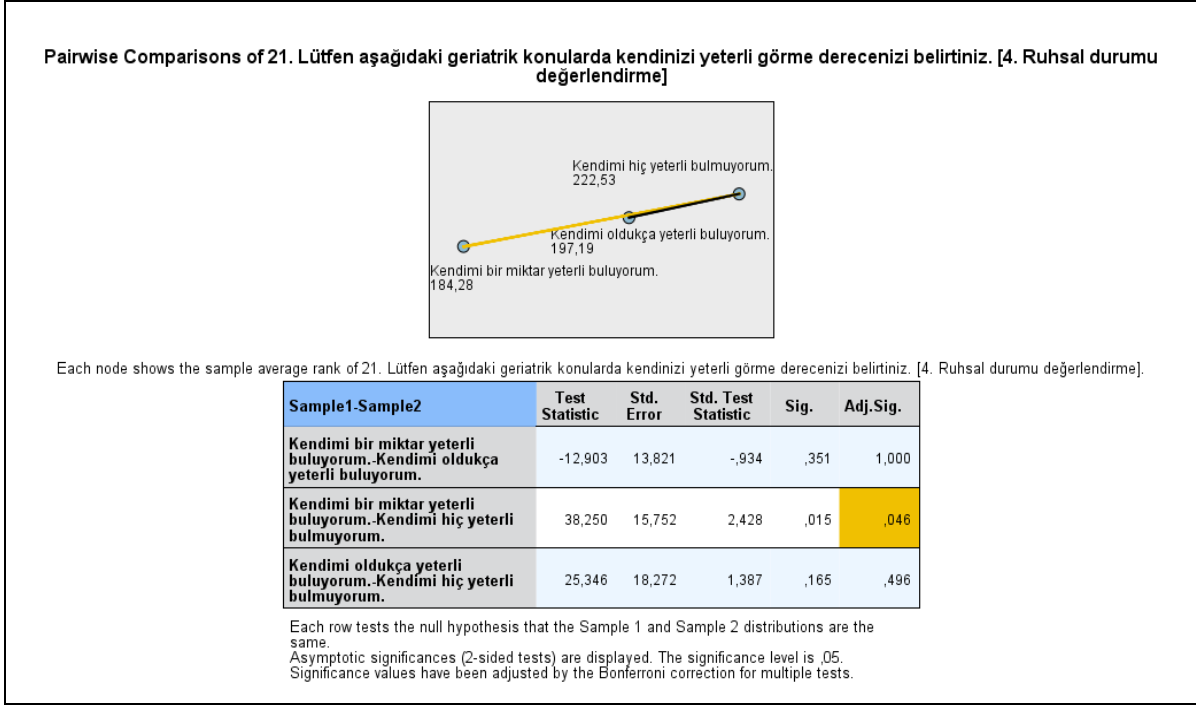
Asistanların bazı temel geriatrik konularda kendilerini yeterli görme dereceleri ile UCLA-GA puan karşılaştırmaları Tablo 20 ve 21’de ayrıntılı olarak verilmiştir. “Ruhsal durumu değerlendirme” konusunda tıbbi bakım alt boyutunda “Kendimi bir miktar yeterli buluyorum” cevabını veren kişilerin “Kendimi yeterli bulmuyorum” cevabını veren kişilere göre daha yüksek puan aldığı saptanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,046$ ) (Tablo 20, Şekil 3). “Yaşlı ile iletişim” konusunda gruptaki katılımcı dağılımı uygunsuz olduğu için istatistiksel değerlendirme bakılmamıştır.



**Tablo 20: Katılımcıların çeşitli geriatrik konularda kendilerini yeterli görme dereceleri-1**

Lütfen aşağıdaki geriatrik konularda kendinizi yeterli görme derecenizi belirtiniz.						
	N (%)	Sosyal değerler*	Tıbbi bakım*	Şefkat*	Kaynak dağılım*	Toplam*
<b>Yaşlı beslenmesi</b>						
<b>Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.</b>	118(%30,5)	7(6-8)	14(12-16)	10(6-13)	12(10-14)	43(39-48)
<b>Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.</b>	219(%56,7)	7(6-8)	14(11-16)	9(6-12,50)	12(10-14)	42(38-47)
<b>Kendimi oldukça yeterli buluyorum.</b>	47(%12,1)	7(6-8)	14(12-16)	11(7-16)	12(11-14)	43(38-47)
<b>p değeri</b>		0,709	0,798	0,314	0,715	0,389
<b>Yaşlıda hareket sorunları, egzersiz</b>						
<b>Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.</b>	105(%27,2)	7(6-8)	14(12-16)	10(7-13)	12(10-14)	42(38-48)
<b>Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.</b>	237(%61,3)	7(6-7,50)	15(12-16)	10(5,50-13)	12(10-14)	42(39-47)
<b>Kendimi oldukça yeterli buluyorum.</b>	44(%11,3)	7(6-8)	13,50(11-16)	8(6-12)	12,50(9,25-15)	41(36-46)
<b>p değeri</b>		0,436	0,228	0,751	0,8	0,435
<b>Yaşlı ile iletişim**</b>						
<b>Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.</b>	29(%7,5)	7(6-8)	14(11-16)	10(7-12)	12(10-14)	42(37-45,50)
<b>Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.</b>	208(%53,8)	7(6-8)	14(12-16)	9(6-13)	13(11-14)	43(39-47)
<b>Kendimi oldukça yeterli buluyorum.</b>	149(%38,6)	7(6-7)	14(12-16)	9(6-14)	11(9-14)	41(38-47)
<b>Ruhsal durumu değerlendirme</b>						
<b>Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.</b>	63(%16,3)	7(6-8)	15(12-17)	8(5-12)	12(9-13)	42(37-47)
<b>Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.</b>	234(%60,6)	7(6-8)	14(11-16)	10(7-13)	12(11-14)	42,50(39-47)
<b>Kendimi oldukça yeterli buluyorum.</b>	89(%23,0)	7(6-8)	14(12-16)	8(5-12)	11(9-14)	41(36-47)
<b>p değeri</b>		0,641	<b>0,049***</b>	0,145	0,127	0,314
<b>*Ortanca (%25-%75)</b>						

**Şekil 3: Katılımcıların ruhsal durumu değerlendirmede kendilerini yeterli görme dereceleri- Tıbbi bakım alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi)**



“Yaşlanmanın sosyal boyutu” konusunda sosyal değerler alt boyutunda “Kendimi hiç yeterli bulmuyorum” cevabını veren kişilerin “Kendimi bir miktar yeterli bulmuyorum” cevabını veren kişilere göre daha yüksek puan aldığı saptanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,011) (Tablo 21, Şekil 4).

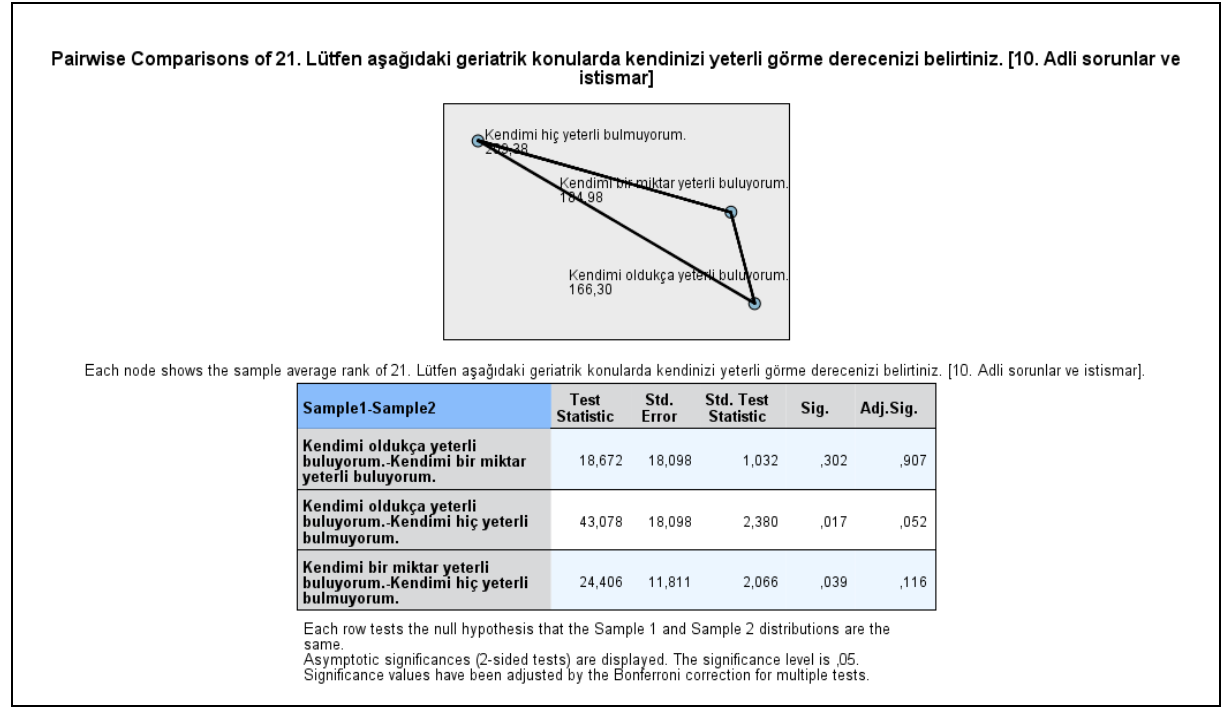
“Adli sorunlar ve istismar” konusunda sosyal değerler, şefkat alt boyutları ile toplam puanda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sosyal değerler alt boyutu ikili karşılaştırma testleri ile karşılaştırıldığında gruplar arasında fark gözlenmemiştir (Tablo 21, Şekil 5). Şefkat alt boyutunda “Kendimi bir miktar yeterli buluyorum” cevabını veren kişilerin “Kendimi hiç yeterli bulmuyorum” cevabını veren kişilere göre daha yüksek puan aldığı saptanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006) (Tablo 21, Şekil 6). Toplam puanda ise “Kendimi bir miktar yeterli buluyorum” cevabını veren kişilerin “Kendimi oldukça yeterli buluyorum” cevabını veren kişilere göre daha yüksek puan aldığı saptanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,017) (Tablo 21, Şekil 7).

**Tablo 21: Katılımcıların çeşitli geriatrik konularda kendilerini yeterli görme dereceleri-2**

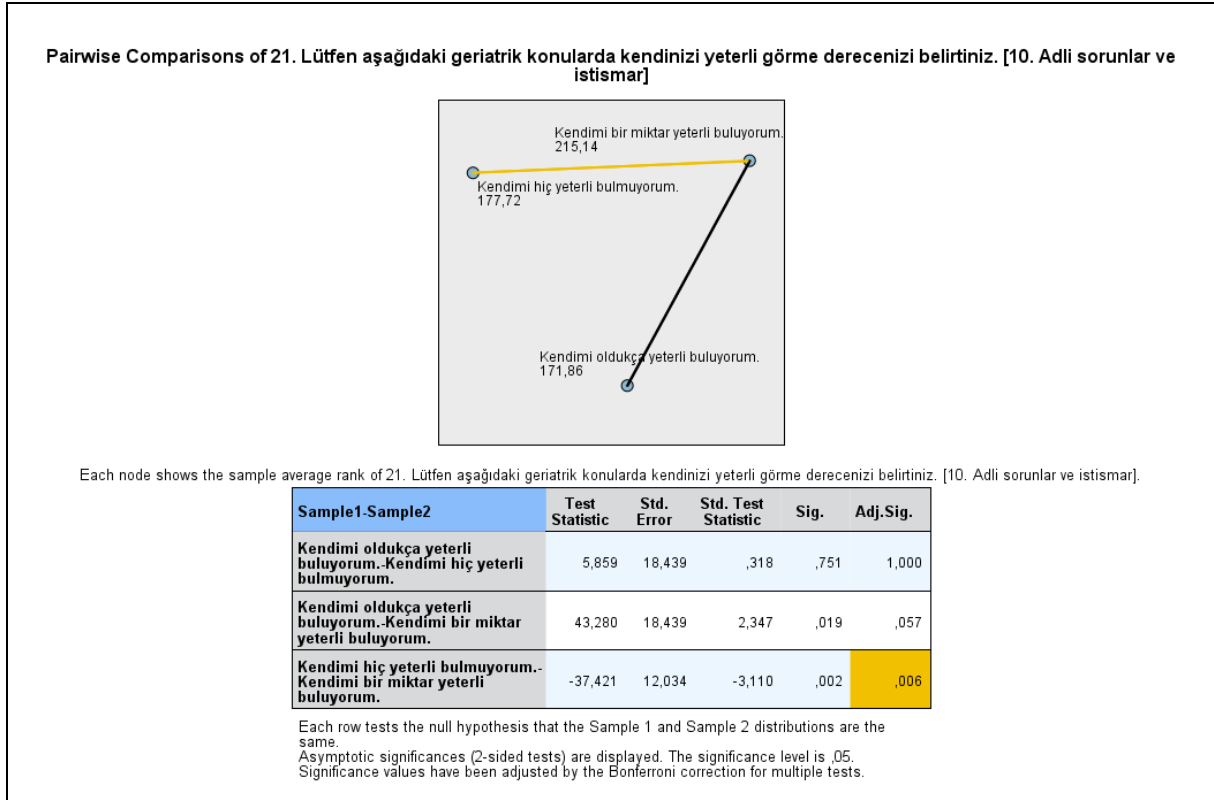
Lütfen aşağıdaki geriatrik konularda kendinizi yeterli görme derecenizi belirtiniz						
	N (%)	Sosyal değerler	Tıbbi bakım	Şefkat	Kaynak dağılım	Toplam
<b>Yaşlı hastada ilaç kullanım ilkeleri</b>						
Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.	92(%23,8)	7(6-8)	14(11,25-16)	9(6,25-12)	12(10-14)	42(38-46)
Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.	236(%61,1)	7(6-8)	15(12-16)	10(6,25-13)	12(11-14)	43(39-47)
Kendimi oldukça yeterli buluyorum.	58(%15,0)	6,50(6-7,25)	14(11-15,25)	9(5-12,25)	11(9-13,25)	41(36-47)
<b>p değeri</b>		0,549	0,255	0,678	0,172	0,106
<b>Multimorbidite yönetimi</b>						
Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.	135(%34,9)	7(6-8)	14(12-16)	10(6-13)	12(10-14)	42(39-46)
Kendimi yeterli buluyorum.	219(%65,0)	7(6-8)	14(12-16)	9(6-13)	12(10-14)	42(38-47)
<b>p değeri</b>		0,143	0,743	0,821	0,668	0,946
<b>Bilişsel sorunlar</b>						
Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.	122(%31,6)	7(6-8)	14(12-16)	9,50(6-12)	12(10-14)	42(38-47)
Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.	216(%55,9)	7(6-8)	14(11,25-16)	10(7-14,75)	12(11-14)	42,50(39-47)
Kendimi oldukça yeterli buluyorum.	48(%12,4)	6(6-8)	14(12-16)	8(5-12)	11,50(9,25-14)	41(36-46)
<b>p değeri</b>		0,448	0,787	0,310	0,622	0,267
<b>Uyku sorunları</b>						
Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.	131(%33,9)	7(6-8)	15(12-17)	9(6-13)	12(10-14)	42(39-47)
Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.	207(%53,6)	7(6-7)	14(11-16)	10(6-13)	12(11-14)	42(38-47)
Kendimi oldukça yeterli buluyorum.	48(%12,4)	7(6-7,75)	14(12,25-16)	9(6,25-12)	12(10-14)	42,50(36,25-45,75)
<b>p değeri</b>		0,203	0,311	0,680	0,508	0,701
<b>Yaşlanmanın sosyal boyutu (sosyal güvenlik, sosyal yardım, yalnızlık, sağlık hizmetlerine ulaşım, ekonomik boyut vb.)</b>						
Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.	112(%29,0)	7(6-8)	14(12-17)	10(6,25-12)	12(10-14)	43(39-47)
Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.	222(%53,6)	7(6-7)	15(11,75-16)	9(6-13)	12(10-14)	42(38-47)
Kendimi oldukça yeterli buluyorum.	52(%13,4)	7(6-7)	14(12-15,75)	11(6,25-13)	12,50(9,25-14)	43(37,50-46)
<b>p değeri</b>		<b>0,011**</b>	0,717	0,789	0,874	0,466
<b>Adli sorunlar ve istismar</b>						
Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.	170(%44,0)	7(6-8)	14(12-16,25)	8(5-12)	12(10-14)	42(39-47)
Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.	170(%44,0)	7(6-8)	15(11-16)	11(8-16)	12(10,75-14)	44(39-48)
Kendimi oldukça yeterli buluyorum.	46(%11,9)	6(6-7)	13(11-16)	8(5-12)	12(10-14)	41(36-45)
<b>p değeri</b>		<b>0,023**</b>	0,191	<b>0,003**</b>	0,526	<b>0,015**</b>

\*Ortanca (%25-%75)

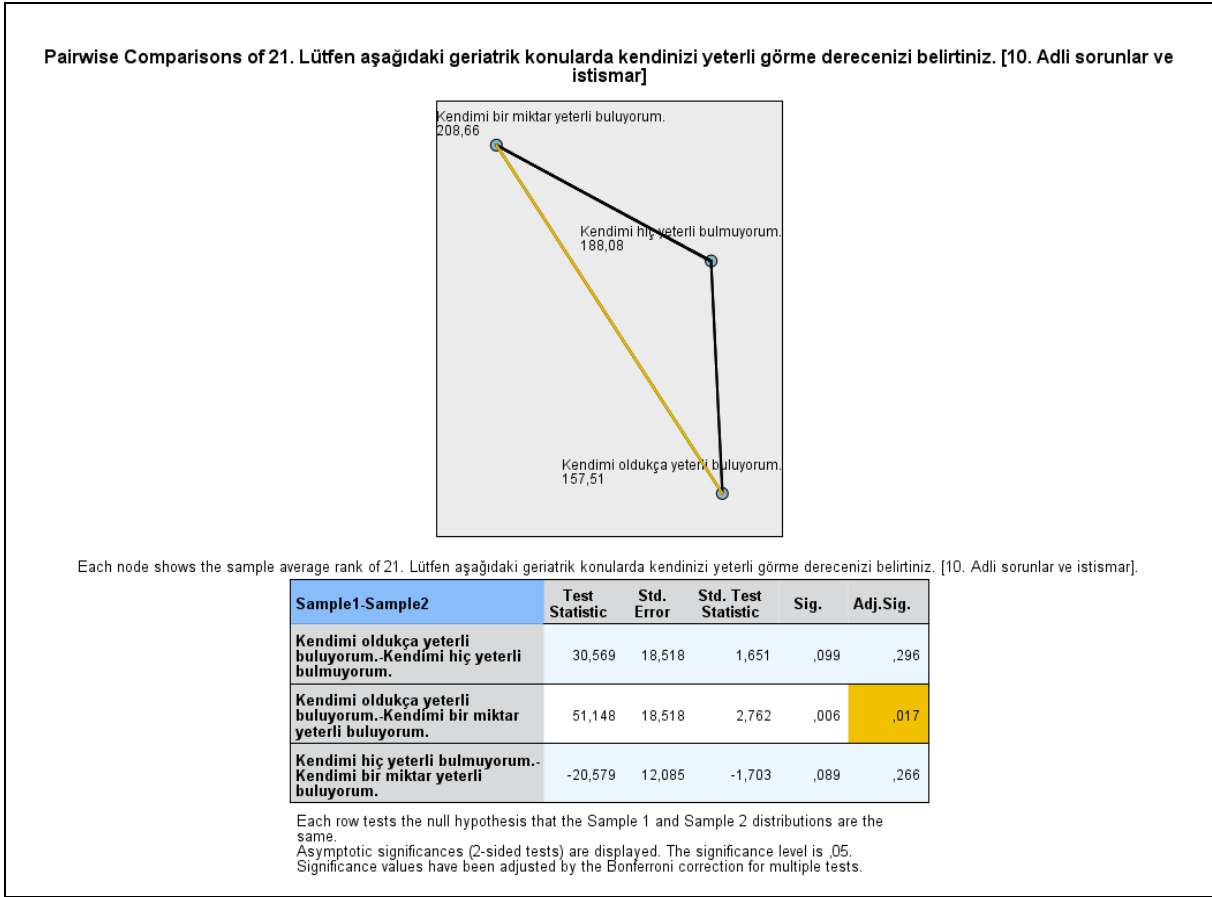
**Şekil 4: Katılımcıların adli sorunlar ve istismar hakkında kendilerini yeterli görme dereceleri-1- Sosyal değerler (Pairwise ikili karşılaştırma testi)**



**Şekil 5: Katılımcıların adli sorunlar ve istismar hakkında kendilerini yeterli görme dereceleri-2-Şefkat alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi)**



**Şekil 6: Katılımcıların adli sorunlar ve istismar hakkında kendilerini yeterli görme dereceleri-3-  
Toplam puan (Pairwise ikili karşılaştırma testi)**



Huzurevini ziyaret etme durumuna göre UCLA-GA puanları karşılaştırıldığında tıbbi bakım alt boyutunda huzurevine hiç ziyarette bulunmayan kişilerin bulunanlara göre UCLA-GA puanı daha yüksek olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,017$ ) (Tablo 22). Şefkat alt boyutunda ise ziyarette bulunan kişilerin bulunmayanlara göre puanı daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,003$ ) (Tablo 22). Hekimlerin yaşlılar ile ilişki düzeylerini puanlamaları istendiğinde kendisine 5 ve üzeri puan veren kişilerin şefkat alt boyutunda daha yüksek puan aldığı görülmüş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ) (Tablo 22).

**Tablo 22: Katılımcıların huzurevini ziyaret durumuna göre UCLA-GA puanlarının karşılaştırılması**

	N (%)	Sosyal değerler*	Tıbbi bakım*	Şefkat*	Kaynak dağılım*	Toplam*
<b>Yaşlı ile olumlu ilişki düzeyi</b>						
<5	182(%47,1)	7(6-8)	15(12-16,25)	8(5-12)	12(10-14)	42(39-46)
>=5	204(%52,8)	7(6-7,75)	14(11-16)	11(8-15)	12(10-14)	42(38-48)
<b>p değeri</b>		0,283	0,194	<b>0,001**</b>	0,588	0,274
<b>Huzur evi ziyaret sıklığı</b>						
<b>Hiç bulunmadım</b>	221(%57,2)	7(6-8)	15(12-17)	8(5-12)	12(10,50-14)	42(39-46)
<b>Bulundum</b>	165(%42,7)	7(6-8)	14(11-16)	12(8-14)	12(10-14)	43(38-48)
<b>p değeri</b>		0,505	<b>0,017**</b>	<b>0,003**</b>	0,16	0,648

\*Ortanca (%25-%75)

#### **4.6. KATILIMCILARIN UCLA-GA'DAN VE ALT BOYUTLARINDAN ALDIKLARI PUANLARIN AİLE ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

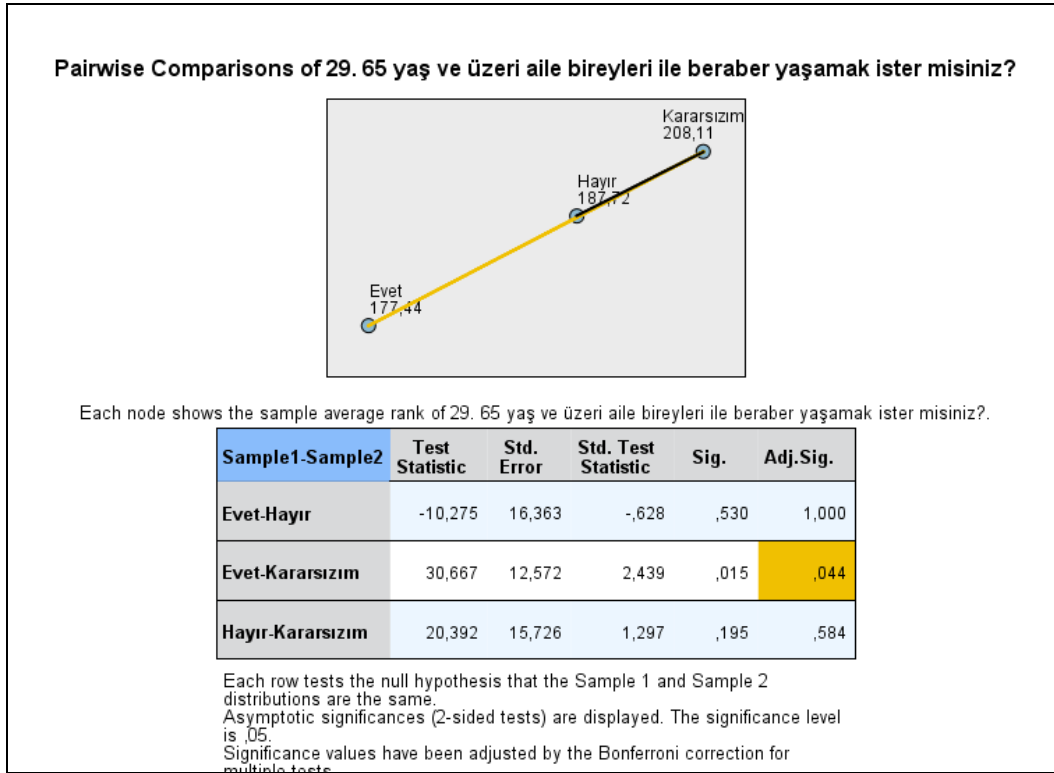
65 yaş ve üzeri aile bireyleri ile yaşama isteği sorgulandığında tıbbi bakım alt boyutunda “kararsızım” cevabını veren kişiler “evet” cevabını veren kişilere göre daha yüksek puan almış olup, bu farklılık istatistiki olarak anlamlıdır (p=0,044) (Tablo 23, Şekil 8). Kaynak dağılım alt boyutunda çıkan istatistiksel farklılık ikili karşılaştırma testinde gözlenmemiştir (Şekil 9).

**Tablo 23: Aile Özellikleri ve UCLA-GA Puanlarının Karşılaştırılması**

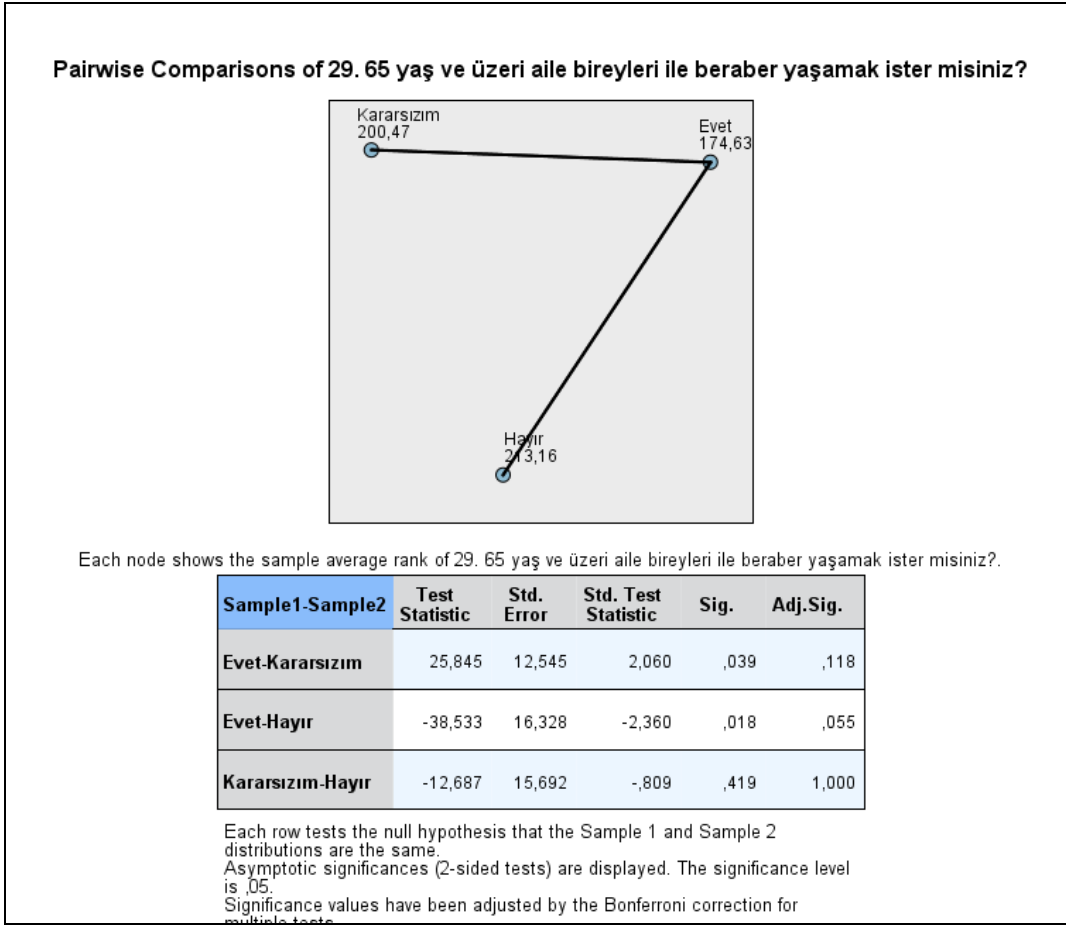
	N (%)	Sosyal değerler*	Tıbbi bakım*	Şefkat*	Kaynak dağılım*	Toplam*
<b>Ailenizde 65 yaş ve üzeri bir birey var mı?</b>						
<b>Evet</b>	309(%80,0)	7(6-8)	14(12-16)	10(7-13)	12(10-14)	43(38-47)
<b>Hayır</b>	77(%19,9)	7(6-7)	14(12-16)	8(5-13)	12(10-13)	41(38-44)
<b>p değeri</b>		0,826	0,509	0,165	0,473	0,142
<b>Yaşlı birey ile aynı evde yaşama durumu</b>						
<b>Hiç yaşamadım</b>	182(%47,1)	7(6-8)	15(12-16)	10(7-13)	12(10-14)	42,50(39-47)
<b>Halen yaşıyorum veya daha önceden yaşadım</b>	204(%52,8)	7(6-8)	14(12-16)	9(5,25-13)	12(10-14)	42(38-47)
<b>p değeri</b>		0,789	0,737	0,415	0,176	0,484
<b>Ailenizde sizinle yaşayan bakıma muhtaç yetişkin/yaşlı bir birey var mı?</b>						
<b>Evet</b>	19(%4,9)	7(5-7)	13(13-16)	12(9-17)	11(11-13)	47(42-48)
<b>Hayır</b>	367(%95,0)	7(6-8)	14(12-16)	9(6-13)	12(10-14)	42(38-47)
<b>65 yaş ve üzeri aile bireyleri ile beraber yaşamak ister misiniz?</b>						
<b>Kararsızım</b>	179(%46,3)	7(6-8)	15(12-16)	9(5-12)	12(11-14)	42(39-47)
<b>Evet</b>	138(%35,7)	7(6-7)	14(11-16)	10(8-15)	11(9-14)	41(37-47)
<b>Hayır</b>	69(%17,8)	7(5-8)	15(11-17)	10(7-14,50)	13(11-14)	43(39,50-46)
<b>p değeri</b>		0,281	<b>0,046*</b>	0,085	<b>0,032*</b>	0,493



**Şekil 7: Katılımcıların 65 yaş ve üzeri aile bireyi ile beraber yaşama istekleri-1 – Tıbbi bakım alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi)**



**Şekil 8: Katılımcıların 65 yaş ve üzeri aile bireyi ile beraber yaşama istekleri-2- Kaynak dağılım alt boyutu (Pairwise ikili karşılaştırma testi)**



UCLA-GA toplam puanını etkileyen tek anlamlı değişken uzmanlık eğitimi sırasındaki yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitim programı olup olmamasıdır.

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. YAŞLILARA KARŞI TUTUMUN DEĞERLENDİRİLDİĞİ ANKETLERDE TOPLAM PUAN KARŞILAŞTIRMASI

Yaşlılara karşı tutum düzeyinin ölçülmesi için UCLA Yaşlı Tutum Değerlendirme Anketi'ni kullandığımız çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre; tam zamanlı aile hekimliği asistanlarının yaşlılara karşı tutum puanlarının ortalaması  $42,88 \pm 6,20$  (min. 25, maks. 62) olarak saptanmıştır. UCLA-GA ölçeğinden alınabilecek en yüksek toplam puan 70 olup, bu sonuçlara göre literatür ışığında hekimlerin nötral-hafif olumlu tutuma sahip olduğu söylenebilir. Literatürde aile hekimleri ve aile hekimliği asistanları ile yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında sonuçlar benzerdir. Türkiye'deki aile hekimi asistanları ve genç aile hekimlerini kapsayan, 2020 yılında yayınlanmış olan toplam 260 katılımcıyla yapılan Çalışkan ve arkadaşlarının çalışmasında toplam UCLA-GA puanı ortalaması  $46,85 \pm 5,63$  (min. 30, maks. 61) bulunmuştur<sup>8</sup>. Elbi ve arkadaşlarının 2020 yılında yayınlanan çalışmasında çeşitli bölgelerde çalışmakta olan 401 aile hekiminin ortalama UCLA-GA puanı  $41,79 \pm 3,69$  (min. 30, maks. 61) bulunmuş olup bu sonuçlar çalışmamızla benzerdir<sup>7</sup>. 2019'da Kanada'da 100 aile hekimliği asistanı ile yapılan bir çalışmada UCLA-GA puanlarında hafif olumlu tutum saptanmıştır<sup>67</sup>.

Aile hekimleri ve aile hekimliği asistanlarının dışında diğer sağlık çalışanlarında da durum benzer olup genel olarak nötral ya da olumlu tutum sergilendiği gözlemlenmiştir. Ayrancı'nın 402 tıp fakültesi öğrencisi ile yaptığı tez çalışmasında ortalama UCLA-GA puanı  $48,12 \pm 5,19$  bulunmuştur<sup>68</sup>. Türgay ve arkadaşlarının 1206 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı çok merkezli bir çalışmada ortalama UCLA-GA puanı  $48,64 \pm 5,51$  (min. 22, maks. 64) bulunmuştur<sup>69</sup>.

Türkiye'de iki eczacılık fakültesinde öğrencilere yapılan bir çalışmada ortalama UCLA-GA puanı  $47,23 \pm 5,93$  (min. 28, maks. 64) bulunmuştur<sup>53</sup>. Sağlık çalışanlarında yaşlılara yönelik tutumu araştıran bazı çalışmalarda UCLA-GA dışındaki ölçekler kullanılmış olup, benzer şekilde olumlu tutumu gösteren sonuçlara ulaşıldığı gözlenmiştir<sup>10</sup>. Tokat ilinde aile sağlığı merkezi çalışanlarında Kıssal ve arkadaşlarının YATÖ ölçeği ile yaptıkları çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip oldukları ortaya

konmuştur<sup>45</sup>. Singapur’da 152 genç asistan hekim ile KOGAN ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada nötral-hafif olumlu tutum gösterenler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur<sup>70</sup>.

Literatürde sağlık çalışanları arasında nötral-olumlu tutumu gösteren benzer sonuçlar olmakla beraber aile hekimleri ile yapılan çalışmalardaki toplam UCLA-GA puanının tıp ve hemşirelik öğrencileriyle yapılanlara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Multimorbiditesi olan hastalar çoğunlukla 2. ve 3. basamakta takip edilmektedir ancak bu hastalar sadece ilgili kliniklerde sorun odaklı olarak ele alınmaktadırlar. Ülkemizde aile hekimliği asistanlığı eğitiminin büyük bir kısmı üçüncü basamak hastanelerde geçmektedir ve bu hastanelerde aile hekimliği bölümlerinin kendine ait servisleri olmaması, yaşlıların hastalıklarıyla ilgili olarak ilgili polikliniklere başvuruyor olması yaşlılarla karşılaşma, tanı ve tedavi etme imkanını azaltmaktadır. Aile hekimliği asistanları biyopsikososyal-bütüncül yaklaşımı benimseyen bir perspektif ile yaşlı kişilerin bakım ve takibinin yapıldığı eğitim ortamlarında bulunamamaktadırlar. Yaşlılar ile daha fazla temas kurulmasıyla, yaşlı merkezli klinik yaklaşımla birlikte bütüncül yaklaşımı benimseyen bir bakış açısıyla eğitim ortamlarında bulunmaları hekimlerin yaşlılara karşı tutumları üzerinde etkili olabilir. Yaşlılarla daha fazla karşılaşma imkanının olduğu saha eğitimleri de eğitim kurumlarında büyük farklılık göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların sadece %23,6’sı E-ASM’de, %17,4’ü evde sağlık hizmetlerinde, %10,9’u palyatif bakım servislerinde, %7,5’i ASM’de uzmanlık eğitimleri sırasında görev aldığını ya da alacağını belirtmiştir. Yıldırım ve arkadaşlarının 2018 yılında 200 tam zamanlı aile hekimliği asistanı ile yaptığı bir çalışmada saha eğitimi sırasında E-ASM’de görev alanlar %36, evde sağlık hizmetlerinde görev alanlar %20,5, palyatif bakım servislerinde görev alanlar %8 olarak bildirilmiştir<sup>71</sup>. Bu çalışmada katılımcıların tümü saha eğitimi olması gerektiğini belirtmiştir ve büyük çoğunluğu saha eğitiminin E-ASM’de olması gerektiği düşüncesindedir. Başka bir tez çalışmasında ise aile hekimliği asistanlarının %88’i aile hekimliği uzmanlık eğitiminde birinci basamakta saha eğitiminin gerekli olduğunu belirtmiştir<sup>72</sup>. 2014 yılında İzmir’de yapılan bir başka çalışmada katılan aile hekimliği asistanlarının %92,7’si E-ASM olması gerektiği düşüncesinde olduğunu belirtmiştir<sup>73</sup>. Aile hekimliği asistanlarının istekleri yönünde birinci basamakta eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının yaşlı kişilerle daha fazla teması sağlayabileceği, bütüncül bakış açısıyla yaklaşabilecekleri ve yaşlılara karşı tutumlarını geliştireceği düşüncesindeyiz.

## 5.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE UCLA-GAS PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

### 5.2.1. YAŞ

Çalışmamızda aile hekimliği asistanlarının yaşları ile UCLA-GA toplam puan ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,288$ ). Benzer şekilde Şahin ve arkadaşlarının (2012) UCLA-GA ölçeğinin geçerlilik güvenirlik çalışmasının verilerinde de yaş ile yaşlılara yönelik tutum puanları arasında ilişki bulunamamıştır<sup>57</sup>. Yine Koca ve arkadaşlarının (2020) Bursa'da dahiliye, nöroloji ve psikiyatristler ile yaptığı 169 hekimin katıldığı çalışmada yaş ile UCLA-GA puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır<sup>74</sup>. Singapur örneğinde (2009) de yaş ile tutum arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir<sup>70</sup>. Başka bir ölçeğin kullanıldığı hemşire ve hekimlerin yaşlılara yönelik tutumlarını araştıran Ankara örneğinde yaş tutum puanları arasında çalışmamıza benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir<sup>10</sup>.

Literatürde bu konuda değişken sonuçlar bulunmaktadır. Çalışkan ve arkadaşları (2020) aile hekimliği asistanları ve en fazla beş yıldır aile hekimliği yapmakta olan 260 genç hekim ile yaptığı çalışmada 30 yaşın altındaki kişilerde UCLA-GA puanı daha yüksek bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır<sup>8</sup>. Elbi ve arkadaşlarının çalışmasında (2020) ise 40 yaşın altındaki katılımcılarda UCLA-GA ölçeğinin sosyal değerler alt boyutunda daha olumlu tutumu gösteren anlamlı bir fark mevcuttur<sup>7</sup>. Yaşlı sağlığı konusunda eğitimler son yıllarda önem kazanmıştır. Genç hekimlerin tutumlarının daha olumlu olması; farkındalıklarının artması, tıp fakültesi ve asistanlık eğitimleri sırasında yaşlı sağlığı konusunda daha fazla eğitim fırsatı bulmaları olabilir. Her iki çalışmada da katılımcıların ortalama yaşları bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. Bizim çalışmamızda yaş aralıklarının daha yakın, yaş ortalamasının daha düşük ve çoğunluğun 30 yaş altında (%69,6) olması grupların benzer olduğunu düşündürebilir. Bunların aksine Seferoğlu ve arkadaşları (2017) 136 nöroloji uzmanı ile yaptığı çalışmada artan yaş ile UCLA-GA puanının artması arasında zayıf korelasyonlu bir ilişki göstermiştir<sup>75</sup>. Seferoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında lineer regresyon analizi yapılmış ve yaşı bağımsız bir faktör olarak korelasyonu gösterilmiştir. Benzer şekilde Elbi ve arkadaşlarının çalışmasında çoklu varyasyon analizlerinde yaş ile

sosyal değerler alt puanı arasında korelasyon gösterilmiştir. Bizim çalışmamız da dahil olmak üzere diğer çalışmalarda multifaktöryel analiz yapılmamıştır ve çalışma deneyimi, hekimlerin yaşlı sağlığı konusundaki bilgi ve birikimlerinin yaş ile nasıl bir korelasyona sahip olduğu konusunda bir fikir birliği yoktur. Literatürde de bu durum benzerdir. 2017 yılında yapılan bir derleme çalışmasında da sıklıkla yaş ile tutum puanları arasında bir ilişki olmadığı ancak çoğu çalışmada multifaktöryel analiz yapılmadığı yorumu yapılmıştır<sup>76</sup>.

### 5.2.2. CİNSİYET

Bulgularımıza göre cinsiyet ile UCLA-GA toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,132$ ). Çalışkan ve ark. , şahin ve ark., Koca ve ark., Cankurtaran ve ark. da çalışmamıza benzer şekilde ilişki göstermemiştir<sup>8,57,74,77</sup>. Reuben ve arkadaşları da orijinal ölçek geliştirme çalışmasında cinsiyet ve yaş ile UCLA-GA puanları arasında ilişki bulunmadığını bildirmiştir<sup>58</sup>. Yine Ankara rneğinde tutum puanları ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır<sup>10</sup>. Ancak literatürde genellikle kadın cinsiyette daha olumlu tutumu gösteren çok sayıda veri mevcuttur. Elbi ve ark., Mandıracıoğlu ve ark. ve yine Türgay ve ark. alışmalarında kadın cinsiyette daha olumlu tutum olduğunu gösteren istatistiksel olarak anlamlı bir fark bildirmişlerdir<sup>7,53,69</sup>. Konya’da yapılan bir tez çalışmasında tıp fakültesi ğrencilerinde kadın cinsiyette UCLA-GA puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmıştır<sup>68</sup>. Ülkemizde Manisa’da bir tıp fakültesinde öğrencilerde yapılan çalışmada ve yine benzer şekilde Amerika Birleşik Devletleri’nde tıp fakültesine başlayan öğrencilerde yapılan, önceki deneyimlerin ve sosyodemografik özelliklerin yaşlılara karşı tutuma etkisi ve geriatrik tıba yönelimlerini araştıran bir çalışmada kadın cinsiyette, erkek cinsiyete göre daha olumlu bir tutum olduğu saptanmıştır<sup>36,78</sup>. Samra ve arkadaşlarının derleme çalışmasında ise cinsiyet ve yaşlılara karşı tutumun karşılaştırıldığı 28 çalışma incelenmiş, çalışmamıza benzer şekilde 18 çalışmada ilişki bulunmamıştır<sup>76</sup>. Bununla birlikte yüksek kalitedeki beş çalışmanın dördünde kadın cinsiyette daha olumlu tutum olduğu rapor edilmiştir. Ülkemizde kadınlarda olumlu tutumun olduğunu gösteren çalışmalarda Türk kültüründe erkeklerin çalışma yaşamında daha fazla yer alması, kadınların evlerinde daha fazla vakit geçirmesi, aile bireylerinin bakımında daha fazla rol alması yaşlılara yönelik tutumlarını daha olumlu yönde değiştirdiği şeklinde yorumlanmıştır<sup>79</sup>. Bu yorumlama literatürdeki farklılıkları kısmen açıklayabileceği gibi bizim

örneklem grubumuzda olduğu gibi her iki cinsiyetin de çalışma yaşamında benzer ölçüde bulunduğu durumlar için açıklayıcı değildir. Cinsiyet ile tutum davranışı arasında rol oynayan ek faktörler olduğu düşünülmektedir.

### **5.2.3. MEDENİ DURUM**

Çalışmamızda medeni durum ile tutum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,957$ ). İzmir’de yapılan tez örneğinde evli çiftlerin YATÖ puanı daha yüksek bulunmuştur<sup>46</sup>.

### **5.2.4. GELİR DÜZEYİ**

Çalışmamızda gelir düzeyi ile tutum düzeyi arasında bir ilişki gösterilememiş olup ( $p=0,808$ ), Elbi ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı Manisa örneğinde bulunan sonuçlar da çalışmamızla uyumludur<sup>78</sup>. Benzer şekilde tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir tez çalışmasında farklı gelir gruplarına sahip öğrencilerin gelir düzeyi farkının tutumu anlamlı olarak etkilemediği görülmüştür<sup>68</sup>.

### **5.2.5. AİLE YAPISI VE YAŞLI AİLE BİREYLERİ İLE YAŞAMA DURUMU**

Çalışmamızda çekirdek aile ya da diğer aile yapılarına sahip olmak ile tutum düzeyi arasında bir ilişki gösterilememiş olup, Manisa örneğinde çalışmamıza benzer şekilde aile yapısı ile tutum düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır<sup>78</sup>. Ancak Manisa örneğinde çekirdek aile yapısına sahip kişilerin oranının çok yüksek (%91,4) olması bias olarak kabul edilmiştir<sup>78</sup>. Bizim çalışmamızda bu oran %83,9’dur. Benzer şekilde Konya örneğinde de aile yapısı ile tutum arasında fark gözlenmemiştir<sup>68</sup>.

Yaşlı aile bireyleri ile yaşama durumu ve tutum puanları arasında literatürde çelişkili veriler mevcuttur. Şahin ve ark., Mandıracıoğlu ve ark. ile Cankurtaran ve ark. çalışmalarında yaşlı aile bireyleri ile yaşayan kişilerde yaşlılara tutum açısından bir fark olmadığını bildirmişlerdir<sup>53,57,77</sup>. Benzer şekilde Ankara ve Konya örneklerinde de yaşlılarla yaşama durumu ile tutum arasında fark gösterilmemiştir<sup>10,68</sup>. Türgay ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşlı akrabaları olan kişilerin ve yaşlı akrabalarla yaşamak isteyen kişilerin UCLA-GA puanları daha yüksek bulunmuştur, bununla birlikte yaşlı kişilerle herhangi bir zamanda aynı evde yaşamış olmak ile UCLA-GA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır<sup>69</sup>. Bizim çalışmamızda da yaşlı aile bireyleri ile yaşama durumu ve 65 yaş ve üzeri akrabaya sahip olma ile tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,484$ ,  $p=0,142$ ). Literatürde de bu durum desteklenmektedir<sup>35,80,81</sup>. Seferoğlu ve arkadaşları literatürün tersine yaşlı akrabalar ile yaşama öyküsü olan kişilerin yaşlılara karşı daha olumsuz tutum sergilediğini göstermişlerdir<sup>75</sup>. Bununla birlikte çoklu varyasyon analizlerinde bu olumsuz tutumun bağımsız olmadığını, altta yatan başka bir faktörün muhtemel olabileceğini belirtmişlerdir. Yaşlılarla beraber yaşamak deneyimlerin niteliğine göre olumlu ya da olumsuz tutumlara yol açabilir. Çalışmaların büyük kısmında yaşlılara verilen bakımın içeriği, ev ortamında hangi ölçüde ilişkide bulunulduğuyla ilgili veriler çok kısıtlıdır. Bu konuda geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hekimlerin ailelerindeki yaşlı bireylerin yaşadığı yerler sorgulandığında en fazla yanıt “kendi evinde eşiyile”, bunu takiben de “kendi evinde çocuklarıyla” ve “kendi evinde yalnız” şeklinde verilmiştir. Ayrancı'nın tıp fakültesi öğrencilerinde yaşlılara karşı tutumu araştırdığı çalışmasında benzer şekilde yaşlıların büyük çoğunluğu kendi evlerinde eşleriyle yaşamaktadır<sup>68</sup>. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından ülke genelinde farklı bölgelerdeki hanelerde yaşayan ailelerle yapılan Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) 2011 verilerine göre, Türkiye’de tüm hanelerin %5,9’unda bakıma muhtaç bir yaşlı bulunmaktadır. Bakıma muhtaç yaşlı bulunan hanelerin kentlerdeki oranı %4,9, kırsaldaki oranı ise %8,6’dır<sup>14</sup>. Çalışmamızda da hekimlerin %4,9’unda ailelerinde beraber yaşadıkları bakıma muhtaç bir birey vardır. Bu sonuçlar Türkiye geneli ile benzerdir.

Yaşlı bireyler ile yaşama isteği sorgulandığında UCLA-GA toplam puanında anlamlı bir fark olmamakla beraber sonuçlar detaylı incelendiğinde tıbbi bakım alt boyunda “evet” ve “kararsızım” diyenler arasında kararsız olan kişilerde daha yüksek puan bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,044$ ). Yine kaynak dağılım alt boyutunda “evet” ve “kararsızım” ile “kararsızım” yanıtını verenler yönünde ( $p=0,039$ ), “evet ve “hayır” ile cevabını verenler arasında “hayır” yanıtını verenler yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,018$ ). Bu bulguların aksine İzmir örneğinde yaşlılar ile yaşama isteği olan kişilerin olmayanlara göre daha olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır<sup>46,82</sup>. Bakırhan ve arkadaşlarının çalışmasında ise hem yaşlı bireylerle yaşamış olan hem de gelecekte yaşama



isteği olan kişilerin daha olumlu tutuma sahip olduğu belirtilmiştir<sup>79</sup>. Bu örnekler hekim dışı sağlık personelinin sonuçları olup, çalışmamızda hekimlerde yaşlılar ile yaşama isteği konusunda kararsız olan ya da yaşamak istemeyen kişilerin tıbbi bakım ve kaynak dağılım alt boyutlarında olumlu tutumun arttığı gözlenmiştir. Hekimlerin diğer sağlık personellerine göre yaşlı bakımının niteliklerine daha fazla hâkim olması, yaşlılar ile yaşarken alınacak sorumlulukların daha fazla olduğunu düşünmelerine sebep olarak bu sonuçlar elde edilmiş olabilir. Ancak elde edilen istatistiki veriler sınırda anlamlı olup, örneklem boyutlarının alt gruplarda temsil gücüne sahip olmamasından dolayı bu sonuçların istatistiksel güç açısından tip 2 hata olma olasılığını göz ardı etmemek gerekir. Çalışmamızda belki daha fazla katılımcı olsaydı bu farklılık toplam puanda da anlamlı olabilirdi. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

### **5.3. HEKİMLİK VE EĞİTİM DENEYİMLERİ İLE UCLA-GA PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

#### **5.3.1. HEKİMLİK SÜRESİ VE AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLIĞINDA GEÇEN SÜRE**

Çalışmamızda UCLA-GA toplam ve alt boyut ortalama puanları ve asistanların hekimlik süresi ile aile hekimliği asistanlığında geçen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,174$ ,  $p=0,692$ ). Benzer şekilde Türgay ve arkadaşları da hemşirelik öğrencilerinin sınıf dereceleri ile UCLA-GA puanı arasında, Koca ve arkadaşları da hekimlik süresi ya da asistanlık süresi ile UCLA-GA puanı arasında anlamlı bir fark gösterememiştir<sup>69,74</sup>. Literatürde de bu durum benzerdir<sup>81</sup>. Singapur örneğinde hekimlik süresi ile tutum arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir<sup>70</sup>. Samra ve ark. derlemesinde tıp öğrencileri ve doktorların eğitim süresinin yaşlılara yönelik tutum ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir<sup>76</sup>. Literatürde bu sonuçların aksi sonuçlarını gösteren bazı veriler de mevcuttur. Elbi ve ark. 15 yıl ve üzerine hekimlik yapan ve yine aile hekimliği sisteminde 6 yıldan fazla süredir çalışmakta olan kişilerin tıbbi bakım alt boyutunda daha olumlu tutum sergilediklerini bildirmiştir<sup>7</sup>. İzmir örneğinde meslekteki toplam hekimlik süresi arttıkça YATÖ puanlarının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır<sup>46</sup>. Çalışmamızın bu sonuçları literatürde desteklenmektedir.

Bununla birlikte farklı çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Hekimlik süresinin artması tabii ki deneyimle ilişkilendirilebilir ancak hekimlerin geçen süre içerisinde hangi hasta gruplarıyla daha fazla ilişki ve iletişim içinde olduğu önemlidir. Çok uzun yıllar hekimlik yapmış biri yaşlı sağlığı konusunda hasta değerlendirmemiş olabilir. Bu noktada geçen süreyle beraber nitelik açısından yaşlı sağlığı deneyiminin beraber değerlendirildiği geniş çapta araştırmaların yapılması uygun olacaktır.

### 5.3.2. TIP FAKÜLTESİ VE UZMANLIK SIRASINDA ALINAN EĞİTİM

Reuben ve ark. geriatri fakültesinde çalışanlar ile 1.-2. yıl dahiliye ve aile hekimliği asistanlarını karşılaştırdığında geriatri fakültesinde çalışanların tutum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır. Ek olarak dahiliye ve aile hekimliği asistanları arasında fark saptanmamakla birlikte 2 yıllık takip çalışmasında eğitim süresi arttıkça asistanların olumlu tutumlarının da arttığını göstermişlerdir. Bu olumlu tutumun artmasını iş tecrübesinin artması, mesleki olgunluğun artması gibi sebeplerle yorumlamışlardır<sup>58</sup>. Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde geriatrik eğitim alan grupta hiç almayan gruba göre tutum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır<sup>57</sup>. Tufan ve arkadaşlarının dahiliye asistanları ile yaptığı çalışmada tıp fakültesinde ve asistanlık sırasında geriatrik eğitim alan kişilerin daha olumlu tutuma sahip olduklarını bildirmiştir<sup>35</sup>. Seferoğlu ve ark. ise tıp fakültesinde geriatrik eğitim alan kişilerin almayanlara göre daha olumlu tutum sergilediklerini ortaya koymuşlardır<sup>75</sup>. Benzer şekilde Cankurtaran ve ark. tıp fakültesinde öğrencilerin yaşlı hastalarla ilgili edindikleri deneyim ve bilginin tutumlarında etkili olduğunu belirtmiştir<sup>77</sup>. Bakırhan ve ark. da fizyoterapi öğrencilerinin eğitimleri sırasında geriatrik kurslara katılmasının daha olumlu tutum ile sonuçlandığını bildirmiştir<sup>79</sup>. Kanada örneğinde eğitim düzeyi arttıkça olumlu tutumların arttığı ortaya konmuştur. Fakülteler yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikleri değiştiremeseler de müfredatlarını düzenleyerek tutum düzeylerini değiştirebilecekleri şeklinde yorumlamıştır<sup>67</sup>.

Literatürde çeşitli meslek gruplarında eğitimin olumlu tutumu artırdığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte bunun aksini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Ayrıca bu yaşlı sağlığı eğitimlerinin davranışa nasıl yansıdığı tartışmalıdır. Samra ve arkadaşlarının derlemesinde bilgi düzeyine dayalı müdahale çalışmalarının yaşlılara karşı tutum davranışına

etkili olmadığı belirtilmiştir<sup>76</sup>. 2020 yılında Koca ve ark. nöroloji, dahiliye ve psikiyatri hekimleri ile yaptığı çalışmada hiçbir hekim grubunda tıp fakültesinde veya asistanlık sırasında geriatrik eğitim alanlar ile almayanlar arasında UCLA-GA puanlarında istatistiksel olarak fark göstermemiştir<sup>74</sup>. Özcan ve arkadaşlarının üçüncü sınıf tıp öğrencilerinde yaşlı sağlığına yönelik kısa süreli eğitimin tutuma etkisini araştırdığı çalışmasında, eğitim sonrası öğrencilerin KOGAN ölçek puanlarında anlamlı bir artış saptanmıştır fakat öğrencilerin %26,1'inde eğitim sonrası tutumda olumsuz değişim olduğu ve bu olumsuz değişimin kadın cinsiyette daha fazla olduğu gözlenmiştir<sup>55</sup>. Hemşire ve hekimlerin yaşlılara yönelik tutumlarını araştıran Ankara örneğinde eğitim düzeyi ile tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir<sup>10</sup>. 2020 yılında yurt dışında dahiliye asistanları ile yapılan bir müdahale çalışmasında 4 haftalık yapılandırılmış bir geriatrik eğitim programının asistanları bilgi düzeyini artırdığı gösterilmiş fakat UCLA-GA ölçeği ile bakılan tutum düzeylerinde anlamlı bir fark gösterilememiştir<sup>83</sup>. Ayrancı'nın çalışmasında ise tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim dönemleri yükseldikçe UCLA-GA puanlarında azalma saptanmıştır<sup>68</sup>.

Bizim çalışmamızda uzmanlık eğitimi sırasında yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitim programı olmayan kişilerin UCLA-GA'dan aldıkları şefkat, kaynak dağılım alt boyutlarındaki puan ve toplam puanları daha yüksek saptanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,002$ ,  $p=0,007$ ,  $p=0,007$ ). Çalışkan ve arkadaşlarının çalışmasında da geriatrik eğitim alan ve almayan grup arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte eğitim almayan grupta daha yüksek UCLA-GA puanı bulunmuştur<sup>8</sup>. Lee ve arkadaşlarının çalışmasında 2 yıllık uzmanlık eğitiminin ardından aile hekimi ve dahiliye asistanlarının olumlu tutumları artmakla birlikte, geriatri yan dal uzmanlarının tutum puanları bir miktar düşmektedir. Otoriteler bu duruma sebep olarak asistanların daha sağlıklı yaşlılarla iletişim halinde iken, geriatristlerin iletişim halinde olduğu yaşlıların daha kırılğan kişiler olması ile açıklamıştır<sup>57,84</sup>. Ayrıca hekimlik deneyimlerinin artması hastalara ve hastalıklara bakış açısının olağanlaşmasına neden olabilir. Koca ve arkadaşlarının çalışmasında üniversite hastanelerinde çok yaşlı, kritik hastalıklara sahip hastalara daha fazla hizmet sunuluyor olmasının asistanların ve tıp fakültesi öğrencilerinin tutumlarını olumsuz yönde etkileyebileceğini belirtmişlerdir<sup>74</sup>. Bizim çalışmamızda da katılımcıların çoğunluğunu üniversite hastanesinde görev yapmakta olan asistanlar oluşturmaktadır. Samra ve arkadaşlarının derlemesinde taranan makalelerin

yarısında eğitimle tutumu olumlu yönde çevrildiği belirtilirken, diğer yarısında ise tutumu olumluya çevirmede başarısız olmuştur. Müdahalenin tipinin ve süresinin sonuç üzerine etkisiz olduğu, bununla beraber empati içeriği bulunan müdahale çalışmalarının büyük kısmında olumlu tutum geliştiği gösterilmiştir<sup>85</sup>. Ülkemizde aile hekimlerinin empati düzeyini ve yaşlılara karşı tutumlarını inceleyen az sayıda çalışma vardır. İzmir örneğinde aile hekimlerinin empati düzeyi ve yaşlılara karşı tutumları yüksek saptanmıştır<sup>46</sup>. Bu sonuçlar empati temelli müdahale çalışmalarına yol göstermek açısından önemlidir.

Çalışmamızda tıp fakültesi sırasında aldığı geriatrik eğitimi yeterli bulanlar ile bulmayanlar arasında UCLA-GA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0,495$ ). Okuduğu tıp fakültesinde geriatri kliniği varlığı ve benzer şekilde uzmanlık eğitimi alınan hastanede geriatri kliniği varlığı da tutum puanlarında bir farklılığa neden olmamıştır ( $p=0,618$ ,  $p=0,120$ ). Bununla birlikte uzmanlık sırasında alınan yaşlı sağlığı eğitiminin yeterliliği konusunda asistanların kendilerini değerlendirmeleri istendiğinde, kendilerini yeterli bulanlar ve bulmayanlar arasında tutum puanlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p=0,301$ ). Geriatri popülasyonunun fazla olduğu ünitelerde (palyatif bakım, evde sağlık hizmetleri vb.) çalışan hekimler sayıca düşük olduğu için istatistiki karşılaştırma bakılamamıştır. Asistanlık sırasında alınan geriatrik eğitimlerin ülke genelinde nitelik ve nicelik olarak standardize olmaması, çalışmamızda bilgi düzeyinin objektif araçlarla ölçülmemiş olması, grupların benzer olmamasına sebep olabilir ve bu durum da yaşlılara karşı tutum puanlarının eğitim almayan kişilerde daha yüksek olmasına sebep olarak gösterilebilir. Kanada örneğinde iki yıllık aile hekimliği asistanlığı boyunca geriatrik rotasyon alan, çok sayıda eğitim alan hekimlerin geriatrik hastalara bakım/yönetim konusunda kendilerini ne kadar hazır hissettikleri sorulduğunda kendilerini orta derecede yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Kendilerini en çok hazır hisseden asistanlar; asistanlıkta daha fazla süre geçirmiş, daha genç, uzun süreli bakımda daha fazla görev almış ve erkek cinsiyetteki kişiler olduğu belirtilmiştir<sup>67</sup>. Yurt dışında yapılan başka bir çalışmada ise aile hekimliği asistanlarının %48'inin kendilerini yaşlı hastalara bakım verme konusunda oldukça yeterli hissettiği, %46'sının da yeterli hissettiği belirtilmiştir<sup>86</sup>. Bizim çalışmamızda ise asistanların sadece %8,5'i kendilerini oldukça yeterli hissetmekte, %54,4'ü bir miktar yeterli hissetmekte ve %37'si ise hiç yeterli bulmamaktadır. Giderek yaşlanan toplumumuza en yakın düzeyde

bakım verecek olan geleceğin aile hekimliği uzmanlarının önemli bir kısmı kendilerini Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda (v2.4-2019) belirtilen "karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişim uygulayabilme" konusunda yetersiz ya da az yeterli hissetmektedir<sup>29</sup>. Asistanlardan bazı temel geriatrik konularda da kendilerini değerlendirmeleri istendi. Asistanların yaklaşık 1/3'ü kendilerini yaşlı beslenmesi (%30,6), yaşlıda hareket sorunları ve egzersiz (%27,2), yaşlı hastada ilaç kullanım ilkeleri (%23,8), multimorbidite yönetimi (%35,0), bilişsel sorunlar (%31,6), uyku sorunları (%33,9), yaşlanmanın sosyal güvenlik, ekonomik boyutlar vb. sosyal boyutları (%29,0) konusunda kendini hiç yeterli bulmamaktaydı. Yine asistanların yarıya yakını yaşlılıkta adli sorunlar ve istismar (%44,0) konusunda kendilerini yetersiz hissetmekle beraber yaşlılar ile iletişim ve ruhsal değerlendirme konularında yeterlilik düzeyleri daha olumluydu. Her ne kadar kendi yeterliliklerini değerlendirmek ile tutum düzeyi arasında ilişki saptanmamış olsa da elde edilen sonuçlar yaşlı sağlığı eğitimleri konusunda uzmanlık eğitimi müfredatının düzenlenmesi açısından oldukça önemlidir. Literatürde çeşitli çalışmalarda asistanlık müfredatında yaşlı sağlığı programlarına yer verilmiş fakat asistanlık süresinin yoğun geçmesi, uzun soluklu hasta takibi yapılamaması gibi sebepler en temel bariyerler olarak rapor edilmiştir<sup>87</sup>. Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları yaklaşık 50 yıldır araştırılmaktadır<sup>60</sup>. DSÖ tıp fakültesi öğrencilerine yaşlı sağlığı konusunda donanımlı bir eğitim verilmesini kuvvetle önermekte ve iyi eğitimin gelecekte yaşlılara bakış açılarını geliştireceği literatürde önerilmektedir<sup>77</sup>. 2018 yılında yurt dışında yayınlanan bir derlemede, tıp fakültesinde geriatrik eğitim müfredatının tutuma etkisinin araştırıldığı çalışmalarda sıklıkla nötral ya da olumlu etki bulunduğu belirtilmiştir<sup>60</sup>. Ancak asistanlık eğitimi sırasında yaşlı sağlığına yönelik eğitim müdahale çalışmaları çok kısıtlıdır ve davranışa etkisi konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Amerika'da farklı ölçeklerle yapılan bir çalışmada geriatrik eğitim verilmesinin sağlık profesyonellerinde geriatriye olan ilgiyi artırdığı gösterilmiştir<sup>51</sup>.

Olumlu tutumu geliştirebilmek için gerek tıp fakültesi müfredatında gerekse aile hekimliği asistanlığı sırasında sağlıklı yaşlı bakımında aktif rol almanın etkin olabileceği düşünülmektedir. Ülke çapında standart bir eğitim programının olması konunun önemini artıracaklarını düşündürmekle birlikte, ilgi ve olumlu tutumu da arttırabileceği düşüncesindeyiz. Hastane dışı saha eğitimlerinin tüm anabilim dalları için yaygınlaştırılmasının bilgi odaklı

yeterliliğin ötesinde hekimlerin yaşlıların ihtiyaçlarını anlamasına ve karşılmasına odaklanan performans ve davranışsal yeterliliğe yönelimi sağlayacağı düşünülmektedir. Uzun süreli eğitim müdahale çalışmalarının ve saha uygulamalarının bu konuda aydınlatıcı olacağı düşüncesindeyiz. Ayrıca empati komponenti içeren çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

Çalışmamızda asistanların uzmanlık eğitimi aldıkları akademisyen, uzman vs. kişilerin yaşlı sağlığı hizmetlerinde çalışma deneyimi olması sosyal puan alt boyutunda asistanların tutumlarını daha olumlu yönde etkilemektedir ( $p=0,037$ ). Avustralya’da tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin yaşlılara karşı tutumlarını geliştirmek için önerilen beş ana başlıktan bir tanesi geriatriye yakın ilgi duyan eğitimci ve önder kişilerin rol model olması yer almaktadır<sup>88</sup>. Çalışmamızda elde edilen veriler bu yönüyle literatürdeki veriler ile uyumludur. Belirtilen çalışmada diğer ana başlıklar arasında yaşlılık ile ilgili bilimsel araştırmalarda yer almak, eğitici seminerlere katılıyor olmak ve sağlıklı yaşlanmaya odaklanan merkezlerde programlara katılmak yer almaktadır<sup>88</sup>. Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük kısmının kurs ve seminerlere katılım deneyiminin hiç olmaması (%64,0) ve bilimsel araştırma/tez deneyiminin olmaması (%94,6) uzmanlık müfredatının eksiklerinin yanında asistanların yaşlı sağlığına yönelik ilgi düzeyinin de düşük olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızın verileri Covid-19 pandemisinin başlangıcından yaklaşık bir yıl sonra toplanmış olup, bu dönemde online eğitim, kurs, panel, kongre imkânı artmıştır, bununla birlikte asistanların bu deneyimlerinin hiç olmaması eğitim fırsatlarını kaçırmış olmaları ile yorumlanabilir.

Çalışmamızda hekimlerin %71,2’si geriatriinin aile hekimliğinin yan dalı olması gerektiğini düşünmektedir. Benzer şekilde 2010 yılında Uzuner ve arkadaşlarının 19 aile hekimliği kliniğinde 191 katılımcı ile yürüttüğü çalışmada da katılımcıların önemli bir kısmı geriatriinin aile hekimliğinde yan dal uzmanlığı olması gerektiğini belirtmiştir<sup>37</sup>. 2012 yılında yapılan bir tez çalışmasında da asistan hekimlerin %62,9’u aile hekimliğinde yan dal olması gerektiğini bildirmiş ve %66 oranında geriatri yan dalı önerilmiştir<sup>72</sup>. Bu noktada aile hekimliği uzmanlığının gelişiminde önemli kilometre taşları olan 1910 yılında Abraham Flexner’in tıpta uzmanlaşmanın temellerini atmasından sonra, 1923 yılında Francis Peabody tarafından tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşmanın sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurguladığı hatırlanmalıdır<sup>89</sup>.

Tüm bunların ardından 1966 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından Millis ve Willard Raporu'nun yayınlanması sonucu birincil bakım konusunda uzmanlaşmış bir dal olan aile hekimliği oluşmuştur<sup>89</sup>. Yaşlılara sunulan hizmetin aile hekimliğinin çekirdek ilkeleri çerçevesinde toplum yönelimli, kişisel hizmet sunan, kapsamlı ve bütüncül bakış açısıyla birinci basamakta sunulması gerekmektedir. Geriatri nin aile hekimliğinin bir yan dalı olması fikri aile hekimliğinin gelişim temelleri ve temel çekirdek ilkelerimiz ile çelişebilmektedir. Yan dal olmasından ziyade geriatri bilim dallarının yaygınlaşması ve eğitim sürecinde geriatristler ile sıkı iş birliği yapılmasının aile hekimliği asistanlarının yaşlı hasta yönetiminde öz güvenlerini artırabileceği, deneyimlerini olumlu yönde geliştirebileceğini düşündürmektedir.

### **5.3.3. GELECEKTE GERİATRİK HASTALARLA İLGİLENME**

Reuben ve ark. kariyer geleceklerinde geriatriye daha çok ilgi duyan kişilerin ortalama skorlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir<sup>58</sup>. Bizim çalışmamızda da gelecekte geriatrik hastalarla ilgilenmek isteyen hekimlerin istemeyenlere göre şefkat alt boyutunda daha yüksek puan saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ( $p=0,026$ ). Benzer şekilde Türgay ve arkadaşlarının çalışmasında da mezuniyet sonrası yaşlı bakım birimlerinde çalışma isteği olan hemşirelerin olmayanlara göre UCLA-GA puanları daha yüksek bulunmuştur<sup>69</sup>. Yine bir başka örnekte; Bakırhan ve arkadaşları mezuniyet sonrası geriatri alanında çalışmak isteyen fizyoterapi öğrencilerinin UCLA-GA puanını daha yüksek saptamıştır<sup>79</sup>. İzmir örneğinde de geriatri merkezinde çalışma isteği olan kişilerin YATÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur<sup>46</sup>. Ayoğlu ve arkadaşları da mezuniyet sonrası yaşlılar ile çalışmak isteyen kişilerin tutumlarını daha olumlu bulmuştur<sup>81</sup>. Bulgularımız literatürdeki sonuçlar ile uyumlu olup geriatrik hasta grubuna duyulan ilginin artmasının yaşlılara karşı daha olumlu tutum ile sonuçlanabileceği söylenebilir.

### **5.3.4. YAŞLILARLA OLUMLU İLİŞKİ DURUMLARI**

Çalışmamıza katılan hekimlerin yaşlılarla olumlu ilişki düzeylerini puanlamaları istendiğinde 7 puan üzerinden ortalama olarak kendilerine 5 puan vermişlerdir ve 5 puan ve üzeri puan veren kişilerin tutum puanları şefkat alt boyutunda daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p>0,01$ ). Yurt dışında yapılan bir çalışmada tıp fakültesi

öğrencilerinin %61'i kendilerini büyükanne ve büyükbabalarına yakın/çok yakın hissetmekte, akraba olmayan yaşlı kişilerle de %69 oranında önemli ilişkiler kurduklarını belirtmişlerdir<sup>36</sup>.

Çalışmamızda huzurevi ziyaretinde bulunmuş hekimlerin hiç bulunmamış kişilere göre tıbbi bakım ve şefkat alt boyutlarında daha yüksek puan saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur ( $p=0,017$ ,  $p=0,003$ ). Bakırhan ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde huzurevi ziyaretinde bulunan kişilerin UCLA-GA puanları daha yüksek saptanmıştır<sup>79</sup>. Ayrancı'nın çalışmasında ise huzurevi ziyareti yapanlar ile yapmayanlar arasında bir fark saptanmamıştır<sup>68,90</sup>.

Asistanlara yaşlılık denildiğinde akıllarına gelen ilk kelime sorulduğunda ilk üç sırada sırasıyla “aile büyüğü”, “deneyim” ve “hastalık” yer almıştır. Bu durum Türk kültürünün geleneksel yapısında aile büyüklerine ve yaşlılara duyulan saygının, varlıklarının güven hissettirmesinin hekimlerin bakış açısına yansıdığını göstermektedir. Naldan ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında “güçsüzlük ve hastalık” kelimeleri ilk akla gelen kelimeler iken, Demiralın'ın İzmir ilinde aile hekimliği asistanları ile yaptığı çalışmasında “hastalık” kelimesi ilk akla gelen kelime olarak seçilmiştir<sup>46,91</sup>. Çalışmamızda yaşlılık kelimesi ile bağdaşan düşüncelerinin öncelikle olumlu yönde olması ümit vericidir. Bununla birlikte gelişen teknoloji, özellikle büyük şehirlerde geniş aile yapılarından çekirdek aile yapılarına olan değişim, sosyal yaşamın farklılaşması ve ekonomik zorluklar giderek yaşlıların daha yalnız yaşamaya başlamasına yol açmakta olup özellikle birinci basamak hekimlerinin yaşlı bakımında daha fazla rol üstlenmesine yol açabilecektir. Bu sebeple tutumların olumlu yönde olması çok değerlidir. Yaşlılara yönelik tutumu iyileştirebilmek için gerekli en önemli davranış biçimi sorgulandığında ilk üç sırada sırasıyla “anlayışlı olmak”, “empati yapmak”, “sabırlı olmak” cevabı verilmiştir. Literatürde çeşitli müdahale çalışmaları ile yaşlılara karşı tutumun geliştirilebildiği gösterilmiştir. Gelecekte yaşlılara olan tutumları geliştirmeye yönelik müdahale ve davranış yönünü araştıran çalışmalarının yapılmasında bu bulgular değerli olacaktır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin yaşlılara karşı tutumlarını incelediğimiz bu çalışmada hekimlerde nötral-hafif olumlu tutum saptandığı söylenebilir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, yaşlı aile bireyleri ile yaşama durumu, aile yapısının yaşlılara karşı tutum üzerinde etkisi görülmemiştir. UCLA-GA toplam puanını etkileyen tek değişken uzmanlık eğitimi sırasındaki yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitim programı olup olmamasıdır. Uzmanlık eğitimi sırasında yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitim programı olmayan kişilerin daha olumlu tutuma sahip olduğu saptanmıştır. Bunun yanında yaşlılar ile yaşama isteğinin daha yüksek olduğu kişilerde tıbbi bakım ve kaynak dağılım alt boyutlarında daha düşük puan saptandığı, uzmanlık eğitimi alınan akademisyen, uzman vs. kişilerin yaşlı sağlığı hizmetlerinde çalışma deneyimi olanların sosyal puan alt boyutunda daha olumlu tutum olduğu, gelecekte geriatik hastalarla ilgilenmek isteyen hekimler ile istemeyenlere göre şefkat alt boyutunda daha olumlu tutum sergilediği, yaşlılarla daha olumlu ilişki düzeyi tanımlayan kişilerin şefkat alt boyutunda daha olumlu tutuma sahip olduğu, huzurevi ziyaretinde bulunmuş hekimlerin bulunmayanlara göre tıbbi bakım ve şefkat alt boyutlarında daha olumlu tutum olduğu saptanmıştır.

Yaşlılara karşı tutumları etkileyen faktörler oldukça karmaşık ve çok boyutlu olup, bu faktörleri daha iyi anlamak için hem kalitatif hem de kantitatif araştırmaların yapılması gereklidir. Uzun süreli eğitim müdahale çalışmalarının da aydınlatıcı olacağı düşüncesindeyiz. Tıp fakültesi ve aile hekimliği uzmanlık müfredatında yaşlı sağlığı eğitimlerinin içeriğinin zenginleştirilmesi, standardize edilmesi aile hekimliği asistanlarının eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayacaktır. Ayrıca uzmanlık eğitimi sırasında farklı zamanlarda karşılaştırmalı çalışmaların yapılması aile hekimliği asistanlarının yaşlılara yönelik tutumlarını daha iyi yansıtacaktır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında; asistanların yaşlı hastalar ile asistanlık eğitimleri sırasında hangi süre ve hangi derecede karşılaştığıyla ilgili net bir bilgi olmaması ve alınan eğitimin standardize olmaması nedeniyle gerçekten yaşlı ile aktif geçirilen sürenin tutuma etkisi hakkında bilgi edinilememiş olması yer almaktadır. Bir başka kısıtlılık ise; değişkenlerin sadece tutuma nasıl etki ettiğinin bakılmış olmasıdır. Olumlu ve olumsuz tutumlar ayrı

değerlendirilip, bunları etkileyen faktörlere bakılmamıştır. Bu sonuç ileride yapılacak çalışmalar için yol gösterici olabilir.

Bir başka kısıtlılık; çalışma öncesindeki güç analizi bize uzmanlık öğrencilerimizi temsil edecek gücü vermektedir ancak alt grup analizlerinde bu güce ulaşamayabiliriz. Bu nedenle alt grup analizlerinde elde edilen sonuçlar için temsil gücünü ifade etmeyebileceği belirtilmelidir.

Ayrıca çalışmanın kesitsel bir çalışma olması nedeniyle nedensel ilişki kurmak zordur. Güvenilir ve standart yöntemler ile aile hekimliği asistanlarının eğitimlerinin farklı dönemlerinde karşılaştırmalı çalışmaların yapılması gereklidir.

Dünya’da ve ülkemizde artan yaşlı nüfus karşısında yaşlıların ilk temas noktası olan birinci basamak hekimlerinin yaşlılara karşı tutumlarını olumlu yönde geliştirmek; yaşlılara daha bütüncül yaklaşabilmek ve tanı-tedavi konusunda daha etkin olabilmekle birlikte yaşlıların sağlıklı ve başarılı yaşlanma adımları için son derece önemlidir.

## 7. KAYNAKÇA

1. World Health Organization, Department of Ageing and Life Course. *Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity.*; 2017. Accessed February 5, 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK488250/>
2. World Population Ageing 2019. :64.
3. TÜİK Kurumsal. Accessed February 3, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712>
4. Souza DLB, Oliveras-Fabregas A, Minobes-Molina E, de Camargo Cancela M, Galbany-Estragués P, Jerez-Roig J. Trends of multimorbidity in 15 European countries: a population-based study in community-dwelling adults aged 50 and over. *BMC Public Health.* 2021;21(1):76. doi:10.1186/s12889-020-10084-x
5. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *The Lancet.* 2015;385(9967):563-575. doi:10.1016/S0140-6736(14)61462-8
6. Kalayci I, Yazici SÖ, Özkul M, Helvacı G. SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLILARA YÖNELİK TUTUMLARI: SİSTEMATİK DERLEME. :10.
7. Özcan F, Özyurt BC, Yayla ME, Elbi H. ATTITUDES OF FAMILY PHYSICIANS TOWARDS THE ELDERLY. *Turk J Geriatr.* 2020;23(2):270-277. doi:10.31086/tjgeri.2020.162
8. Caliskan T, Kendir C, Tekin N, Kartal M. Attitudes toward the elderly among young family physicians in Turkey. *J Fam Med Prim Care.* 2018;7(5):4.
9. Ageing - Overview. Accessed February 5, 2021. <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents/mca>
10. Polat Ü, Karadağ A, Ülger Z, Demir N. Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse.* 2014;48(1):88-97. doi:10.1080/10376178.2014.11081930
11. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020 T.C. Sağlık Bakanlığı - E-Kütüphane Sistemi. Accessed February 8, 2021. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/508>
12. Demography - Elderly population - OECD Data. theOECD. Accessed February 11, 2021. <http://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>

13. World Population Ageing 2015. Accessed February 8, 2021. <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.asp>
14. Karakuş B, Dalkılıç Y. KURUMSAL YAŞLI BAKIMINDA İLLERİN DURUMU. :400.
15. Kurtkapan H. TÜRKİYE’DE DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜMÜN SOSYAL YANSIMALARI VE YAŞLILIK. *Sos Guvence*. Published online July 31, 2019;1-21. doi:10.21441/sosyalguvence.597571
16. Ageing and health. Accessed February 3, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
17. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. :3.
18. Çiftçili, Serap. *Aile Hekimleri İçin Yaşlı Sağlığına Bütüncül Yaklaşım*. Birinci. Deomed Yayıncılık
19. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2019. Accessed February 8, 2021. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712>
20. Sanderson WC, Scherbov S. Choosing between the UN’s alternative views of population aging. *PLoS One*. 2020;15(7):e0233602. doi:10.1371/journal.pone.0233602
21. World Population Ageing 2017. Accessed June 1, 2021. <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2017.asp>
22. Which Country Has the Oldest Population? It Depends on How You Define ‘Old.’ PRB. Accessed June 1, 2021. <https://www.prb.org/resources/which-country-has-the-oldest-population/>
23. YaslanmaOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf. Accessed February 10, 2021. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/YaslanmaOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf>
24. *WORLD POPULATION AGEING*. UNITED NATIONS PUBLICATIO; 2020.
25. TÜİK Kurumsal, İstatistiklerle Yaşlılar, 2020. Published March 18, 2021. Accessed June 1, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>
26. Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A. Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları. *Türkiye Klin Aile Hekim - Özel Konular*. 2019;10(3):1-15.
27. WHO | Geriatrics and Medical Education. WHO. Accessed February 16, 2021. <https://www.who.int/ageing/projects/tegeme/en/>

28. Bozdemir N, Özeren A, Koç F, et al. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yaşlı Bireye Multidisipliner Yaklaşım Modülü: Hazırlık Aşaması. *Turk J Fam Med Prim Care*. 2011;5(1):0-0.
29. YÖK Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. Accessed February 15, 2021. <https://www.yok.gov.tr/kurumsal/idari-birimler/egitim-ogretim-dairesi/ulusal-cekirdek-egitimi-programlari>
30. Akademik Geriatri Derneği. Accessed February 16, 2021. <http://www.akademikgeriatri.org/index.php?func=content&id=39>
31. Mateos-Nozal J, Beard JR. Global approaches to geriatrics in medical education. *Eur Geriatr Med*. 2011;2:87-92. doi:10.1016/j.eurger.2011.01.001
32. Kishimoto M, Nagoshi M, Williams S, Masaki KH, Blanchette PL. Knowledge and Attitudes About Geriatrics of Medical Students, Internal Medicine Residents, and Geriatric Medicine Fellows: KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT GERIATRICS. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(1):99-102. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53018.x
33. Rozsnyai Z, Tal K, Bachofner M, et al. Swiss students and young physicians want a flexible goal-oriented GP training curriculum. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36(3):249-261. doi:10.1080/02813432.2018.1487582
34. Lucchetti AL, da S Ezequiel O, Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Measuring medical students' attitudes and knowledge about geriatrics and gerontology in Brazilian medical students: A comparison of instruments. *Australas J Ageing*. 2018;37(2):E74-E77. doi:10.1111/ajag.12532
35. Tufan F, Yuruyen M, Kizilarlanoglu MC, et al. Geriatrics education is associated with positive attitudes toward older people in internal medicine residents: A multicenter study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;60(2):307-310. doi:10.1016/j.archger.2014.12.004
36. 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):849-855. doi:10.1093/geront/43.6.849
37. Uzuner A, Topsever P, Unluoglu I, et al. Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. *BMC Med Educ*. 2010;10(1):29. doi:10.1186/1472-6920-10-29
38. Tekin N. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Yaşlı Sağlığı Eğitiminin Yeri. *J Turk Fam Physician*. 2011;2(1):1-7. doi:xxx
39. Rakel RE, Rakel DP. *Rakel Aile Hekimliği*. Dokuzuncu Baskı. Güneş Tıp Kitabevi; 2019.

40. AlZamil A, AlHoqail R, Alodhayani A. Barriers and attitudes of family and internal medicine residents toward geriatric patients: a cross-sectional analytical study. *Adv Med Educ Pract.* 2019;Volume 10:585-590. doi:10.2147/AMEP.S171376
41. Li I, Arenson C, Warshaw G, Bragg E, Shaull R, Counsell SR. A national survey on the current status of family practice residency education in geriatric medicine. *Fam Med.* 2003;35(1):35-41.
42. Charles L, Triscott JAC, Dobbs BM, McKay R. Geriatric Core Competencies for Family Medicine Curriculum and Enhanced Skills: Care of Elderly. *Can Geriatr J.* 2014;17(2):53-62. doi:10.5770/cgj.17.95
43. the College of Family Physicians of Canada. The College of Family Physicians of Canada. [https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Education/COE\\_KF\\_Final\\_ENG.pdf](https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Education/COE_KF_Final_ENG.pdf)
44. Aile Hekimliği. Accessed February 17, 2021. <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,50055/aile-hekimligi.html>
45. Kıssal A, Okan F. Attitudes of health care workers working at family health centers in tokat towards ageism. *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2018;22(4):202-212. doi:10.15511/tahd.18.00494
46. Demiralın MÖ. Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>. Accessed April 26, 2021. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
47. Global Family Doctor - WONCA Online. Accessed February 19, 2021. <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/specialinterestgroups/ageing1.aspx>
48. Ungan M, Özdemir K. Aile Hekimliği Ağacı. *Türkiye Klin Aile Hekim - Özel Konular.* 2016;7(6):8-14.
49. Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge Yayınlandı. Accessed June 30, 2021. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/aile-hekimligi-tarama-ve-takip-katsayisina-i-liskin-yonerge-yayinlandi.html>
50. Butler RN. Age-IsM: Another Form of Bigotry. :4.
51. Damron-Rodriguez J, Kramer BJ, Gallagher-Thompson D. Effect of Geriatric Clinical Rotations on Health Professions Trainees' Attitudes About Older Adults. *Gerontol Geriatr Educ.* 1998;19(2):67-79. doi:10.1300/J021v19n02\_07
52. Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related? Accessed February 22, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246680/>

53. Mandiracio A, Lülec NE. Turkish Journal of Geriatrics. :5.
54. decade-proposal-final-apr2020-en.pdf. Accessed February 7, 2021.  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_5)
55. (PDF) Third-year medical students' attitudes towards the elderly: Evaluation of the effect of an educational programme. Accessed May 8, 2021.  
[https://www.researchgate.net/publication/288069359\\_Third-year\\_medical\\_students'\\_attitudes\\_towards\\_the\\_elderly\\_Evaluation\\_of\\_the\\_effect\\_of\\_an\\_educational\\_programme](https://www.researchgate.net/publication/288069359_Third-year_medical_students'_attitudes_towards_the_elderly_Evaluation_of_the_effect_of_an_educational_programme)
56. Kiliç D, Adibelli D. The validity and reliability of Kogan's attitude towards old people scale in the Turkish society. *Health (N Y)*. 2011;03(09):602-608.  
doi:10.4236/health.2011.39101
57. Sahin S, Mandiracioglu A, Tekin N, Senuzun F, Akcicek F. Attitudes toward the elderly among the health care providers: Reliability and validity of Turkish version of the UCLA Geriatrics Attitudes (UCLA-GA) scale. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(1):205-209.  
doi:10.1016/j.archger.2011.08.015
58. Reuben DB, Lee M, Davis JW, et al. Development and Validation of a Geriatrics Attitudes Scale for Primary Care Residents. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(11):1425-1430.  
doi:10.1111/j.1532-5415.1998.tb06012.x
59. Kogan N. Attitudes toward old people: the development of a scale and an examination of correlates. *J Abnorm Soc Psychol*. 1961;62:44-54. doi:10.1037/h0048053
60. Wilson MAG, Kurrle S, Wilson I. Medical student attitudes towards older people: a critical review of quantitative measures. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):71.  
doi:10.1186/s13104-018-3186-z
61. Stewart T, Roberts E, Eleazer G, Boland R, Wieland GD. Reliability and Validity Issues for Two Common Measures of Medical Students' Attitudes toward Older Adults. *Educ Gerontol*. 2006;32:409-421. doi:10.1080/03601270600685628
62. Palmore E. Facts on Aging Quiz. Published online November 14, 2016.  
doi:10.1037/t44652-000
63. Yilmaz DV, Terzioğlu F. DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC EVALUATION OF AGEISM ATTITUDE SCALE AMONG THE UNIVERSITY STUDENTS. *Turk J Geriatr*. 2011;14(3). Accessed February 22, 2021.  
<http://geriatri.dergisi.org/abstract.php?lang=en&id=594>

64. Fraboni M, Saltstone R, Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An Attempt at a More Precise Measure of Ageism. *Can J Aging*. 1990;9:56-66. doi:10.1017/S0714980800016093
65. Kutlu Y, Kucuk L, Yildiz Findik U. Psychometric properties of the Turkish version of the Fraboni Scale of Ageism: Fraboni Scale of Ageism (Turkish version). *Nurs Health Sci*. 2012;14(4):464-471. doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00717.x
66. Aydoğmuş ME. ADAPTATION OF THE AGING SEMANTIC DIFFERENTIAL SCALE INTO TURKISH. *Turk J Geriatr*. 2021;24(2). doi:10.31086/tjgeri.2021.222
67. Ingram E, Dunkley O, Willoughby K, Yaffe M, Rodríguez C. Assessing Family Medicine Residents' Preparedness for the Practice of Geriatric Care. *Primer Peer-Rev Rep Med Educ Res*. 2019;3. doi:10.22454/PRiMER.2019.488305
68. Ayrancı A. Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşlılara karşı tutumları. *Attitude of medical faculty students against the elderly*. Published online 2020. Accessed February 15, 2021. <http://acikerisim.erbakan.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12452/4542>
69. Türgay AS, Şahin S, Şenuzun Aykar F, Sari D, Badir A, Canli Özer Z. Attitudes of Turkish nursing students toward elderly people. *Eur Geriatr Med*. 2015;6(3):267-270. doi:10.1016/j.eurger.2015.01.006
70. Lui NL, Wong CH. Junior doctors' attitudes towards older adults and its correlates in a tertiary-care public hospital. *Ann Acad Med Singapore*. 2009;38(2):125-129.
71. Yildirim B, Eğici MT. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Bakış Açısından Aile Hekimliği Saha Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri. *Ank Med J*. 2018;18(3):300-311. doi:10.17098/amj.461389
72. Sancaktar Ö, Demirağ S. Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa. Uzmanlık eğitimi programlarıyla ilgili gelişmelerin aile hekimliği asistanlarının kendi eğitimlerine bakışları ve gelecekle ilgili beklentileri üzerine etkisi / The effect of the developments regarding the specialty training programs on the perspective of the family medicine residents to their own training and their future expectations. Accessed May 18, 2021. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=dyQ2wnRzim3ZYuT872704g&no=mNv9adgD2KuE30QbIIP6Gg>
73. Geroğlu B, Alanyalı FM, Can H, Öngel K, Kurnaz MA. İzmir İlinde Bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Disiplini Konusunda Bilgileri ve Uzmanlık Eğitimi ile İlgili Görüşleri. *J Turk Fam Physician*. 2014;5(4):1-7.
74. Koca N, Seferoglu M. Hekimlerin yaşlılara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Fam Pract Palliat CARE*. Published online March 11, 2020:6-11. doi:10.22391/fppc.661960



75. Seferoğlu M, Yıldız D, Pekel NB, Güneş A, Yıldız A, Tufan F. Attitudes of neurology specialists toward older adults. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(4):787-792. doi:10.1007/s40520-016-0606-6
76. Samra R, Cox T, Gordon AL, Conroy SP, Lucassen MFG, Griffiths A. Factors related to medical students' and doctors' attitudes towards older patients: a systematic review. *Age Ageing*. 2017;46(6):911-919. doi:10.1093/ageing/afx058
77. Cankurtaran M, Halil M, Ulger Z, et al. Influence of Medical Education on Students' Attitudes towards the Elderly. *J Natl Med Assoc*. 2006;98(9):5.
78. Elbi H, Altan S. THE ATTITUDES OF MEDICAL STUDENTS TOWARD THE ELDERLY.
79. Bakırhan S, Özkeskin M, Reyhanioglu D, Karabay D. Analysis of The Attitudes and Approaches of the Physiotherapy and Rehabilitation Students Towards the Elderly. *Turk J Geriatr*. 2017;20:125-134.
80. Hughes NJ, Soiza RL, Chua M, et al. Medical Student Attitudes Toward Older People and Willingness to Consider a Career in Geriatric Medicine. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(2):334-338. doi:https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01552.x
81. Ayoğlu FN, Kulakçı H, Ayyıldız TK, Aslan GK, Veren F. Attitudes of Turkish Nursing and Medical Students Toward Elderly People. *J Transcult Nurs*. 2014;25(3):241-248. doi:10.1177/1043659613515527
82. Usta YY, Demir Y, Yönder M, Yildiz A. Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(1):90-93. doi:10.1016/j.archger.2011.02.002
83. Wu S, Jackson N, Larson S, Ward KT. Teaching Geriatrics and Transitions of Care to Internal Medicine Resident Physicians. *Geriatrics*. 2020;5(4). doi:10.3390/geriatrics5040072
84. Lee M, Reuben DB, Ferrell BA. Multidimensional attitudes of medical residents and geriatrics fellows toward older people. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(3):489-494. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53170.x
85. 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. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(7):1188-1196. doi:10.1111/jgs.12312
86. Blumenthal D, Gokhale M, Campbell EG, Weissman JS. Preparedness for clinical practice: reports of graduating residents at academic health centers. *JAMA*. 2001;286(9):1027-1034. doi:10.1001/jama.286.9.1027

87. Williams BC, Warshaw G, Fabiny AR, et al. Medicine in the 21st Century: Recommended Essential Geriatrics Competencies for Internal Medicine and Family Medicine Residents. *J Grad Med Educ*. 2010;2(3):373-383. doi:10.4300/JGME-D-10-00065.1
88. Wilson MA, Kurrle SE, Wilson I. Understanding Australian medical student attitudes towards older people. *Australas J Ageing*. 2018;37(2):93-98. doi:<https://doi.org/10.1111/ajag.12495>
89. Dünyada Aile Hekimliği. Accessed August 4, 2021. <https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR-34675/dunyada-aile-hekimligi.html>
90. Dalı BUÜBFBHHA, Dalı BUÜBFBHHA, Pehlivan S, Vatansever N. Hemşirelerin yaşlıya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Attitudes of nurses towards the elderly and affecting factors*. Published online January 2, 2019. Accessed May 26, 2021. <http://acikerisim.uludag.edu.tr/jspui/handle/11452/19152>
91. Naldan M, Kara D, Soyalp C, Gürol A. The Evaluated Healthcare Workers Worked Intensive Care Units towards Ageism. *Bakirkoy Tip Derg Med J Bakirkoy*. 2017;14. doi:10.5350/BTDMJB.20161001124434

## 1. BÖLÜM 1: UCLA Yaşlı Tutum Değerlendirme Anketi

Görüşlerinizi aşağıdaki ölçeğe uygun olarak işaretleyiniz. Doğru veya yanlış yanıt yoktur. En iyi yanıt kişisel görüşünüzü en doğru yansıtır. Bu çalışmanın bulguları kişi isimleri verilmeden grup tabanlı olarak raporlandırılacaktır. Sorularda geçen “yaşlı insanlar” veya “yaşlı hastalar” ile 65 yaş ve üzeri bireyler kastedilmektedir.

Aşağıdaki cümleler size;

Hiç uygun değilse.....”Kesinlikle katılmıyorum”

Uygun değilse.....”Katılmıyorum”

Karar veremiyor iseniz.....”Kararsızım”

Uygunsa.....”Katılıyorum”

Tamamen uygunsa.....”Tamamen katılıyorum”

Bir cümleyi okuduktan sonra aklınıza ilk geleni işaretleyiniz ve lütfen bütün cümleleri işaretlemeyi unutmayınız. \*

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Yaşlı insanların çoğunluğu onlarla birlikte olunmasından memnun olurlar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hükümet ve Sosyal Güvenlik Kurumu, kaynaklarını yaşlı hizmetlerinden daha çok çocuk sağlığı hizmetlerine ayırmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Seçme şansım olsaydı, yaşlı hastalardansa daha genç hastalara bakmayı tercih	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ederdim.					
4. Yaşlılarının bakımını sağlamak toplumun sorumluluğudur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Yaşlılara sunulan tıbbi hizmetler için çok fazla personel ve maddi kaynak kullanılmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. İnsanlar yaşlandıkça kafaları daha çok karışır ve hayatlarını daha zor düzenlerler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Yaşlı hastalar, genç hastalara kıyasla kendilerine verdiğim tıbbi hizmetleri daha çok takdir etme eğilimi göstermektedirler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Yaşlı hastalardan tıbbi öykü almak çoğunlukla büyük bir sıkıntıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Genç hastalarımla kıyaslandığında yaşlı hastalarım karşı daha çok özen ve anlayış gösteririm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Genel olarak yaşlı insanların	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

topluma fazla katkısı yoktur.					
11. Kronik hastalığı olan yaşlı hastaların tedavileri ümit verici değildir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Yaşlı insanlar, kendi sağlık hizmetlerine ödeme yapma konusunda sisteme adil bir şekilde katkıda bulunmazlar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Genel olarak, yaşlılar modern topluma ayak uydurmakta oldukça yavaştır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Yaşlı insanların geçmişten edindikleri deneyimleri dinlemek ilginçtir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. BÖLÜM 2: GENEL SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

### 2.1. Kaç yaşındasınız? \*

- 20-24
- 25-39
- 30-34
- 35-39
- 40 ve üzeri

### 2.2. Cinsiyetiniz \*

- Kadın

- Erkek
  - Belirtmek istemiyorum
- 2.3. Uyuşunuz \*
- Türkiye Cumhuriyeti (T.C.)
  - T.C. harici
- 2.4. Lütfen medeni durumunuzu belirtiniz. \*
- Evli
  - Bekar
- 2.5. Lütfen ocuk sayınızı belirtiniz. \*
- Çocuğum yok
  - 1
  - 2-3
  - >3
- 2.6. Lütfen gelir düzeyinizi belirtiniz. \*
- Gelirim giderimden fazla
  - Gelirim giderime eşit
  - Gelirim giderimden az
- 2.7. Üniversiteye dek yaşadığınız aile tipi \*
- Çekirdek aile
  - Geniş aile
  - Ebeveynlerin ayrı olduğu (boşanmış ya da ebeveynlerden birinin hayatta olmadığı) aile
  - Diğer

### 3. BÖLÜM 3: HEKİMLİK VE ASİSTANLIğA DAİR BİLGİLER

- 3.1. Çalışma pozisyonunuz: \*
- Üniversite hastanesinde aile hekimi asistanı
  - Eğitim ve araştırma hastanesinde aile hekimi asistanı

- Sözleşmeli Aile Hekimi Uzmanlığı Öğrencisi (SAHU)

3.2. Uzmanlık eğitimi aldığınız şehri lütfen plaka numarası ile kodlayınız. \*

3.3. Hekimlikte kaçınıcı yılınız? \*

3.4. Aile hekimliği asistanlığında geçen sürenizi ay ile belirtiniz. \*

3.5. Yaşlı sağlığı hizmetleri sunan birimlerde çalışma durumunuz: \*

	Hiç çalışmadım	Uzmanlık eğitimimden önce çalışmıştım	Halen çalışmaktayım (Uzmanlık eğitimim sürecinde çalıştım/ çalışacağım.)
Evde sağlık hizmetleri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palyatif bakım servisleri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-ASM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yaşlı bakım/huzur evi, diğer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 4. BÖLÜM 4: TIP FAKÜLTESİNDE GERİATRİ EĞİTİMİ

4.1. Tıp fakültesinde aldığınız yaşlı sağlığı yönetimi eğitimi konusunda, mezuniyetiniz sırasındaki yeterlilik düzeyinizi belirtiniz. \*

- Kendimi oldukça yeterli buluyorum.
- Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.
- Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.

4.2. Okuduğunuz tıp fakóltesinde geriatri kliniği var mıydı? \*

- Evet
- Hayır

5. BÖLÜM 5: Okuduğunuz tıp fakóltesinde geriatri kliniği var mıydı? \*

5.1. Uzmanlık eğitim programınız içerisinde bölüm tarafından yapılandırılmış bir yaşlı sağlığı eğitimi aldınız mı/ alacak mısınız? \*

- Evet
- Hayır

5.2. Uzmanlık eğitimi aldığınız akademisyen, uzman vs. kişi/kişilerin yaşlı sağlığı hizmetlerinde çalışma deneyimi var mı? \*

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

5.3. Uzmanlık eğitimi aldığınız hastanede geriatri kliniği var mı? \*

- Evet
- Hayır

5.4. Yaşlı sağlığı ile ilgili bilimsel araştırma/makale/ tez deneyiminiz var mı? \*

- Evet
- Hayır

5.5. Yaşlı sağlığı yönetimİ konusunda Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi ekirdek Müfredatı'nda (v2.4-2019) belirtilen "karmaşık olmayan, sık görölen tipik olgularda girişim uygulayabilme" konusunda yeterlilik düzeyinizi belirtiniz. \*

- Kendimi oldukça yeterli buluyorum.



- Kendimi bir miktar yeterli buluyorum.
- Kendimi hiç yeterli bulmuyorum.

5.6. Lütfen aşağıdaki geriatrik konularda kendinizi yeterli görme derecenizi belirtiniz. \*

	Kendimi yeterli buluyorum	Kendimi bir miktar yeterli buluyorum	Kendimi hiç yeterli bulmuyorum
1. Yaşlı beslenmesi	○	○	○
2. Yaşlıda hareket sorunları, egzersiz	○	○	○
3. Yaşlı ile iletişim	○	○	○
4. Ruhsal durumu değerlendirme	○	○	○
5. Yaşlı hastada ilaç kullanım ilkeleri	○	○	○
6. Multimorbidite yönetimi	○	○	○
7. Bilişsel sorunlar	○	○	○
	○	○	○
8. Uyku sorunları	○	○	○
9. Yaşlanmanın sosyal boyutu (sosyal güvenlik, sosyal yardım, yalnızlık, sağlık hizmetlerine ulaşım, ekonomik boyut vb.)	○	○	○
10. Adli sorunlar ve istismar	○	○	○

5.7. Yaşlı sağlığına yönelik herhangi bir kurs, seminer, panele kaç kez katıldınız? \*

- Hiç katılmadım
- 1-2 kez
- 3-5 kez
- >5 kez

## 6. BÖLÜM 6: YAŞLI AİLE BİREYLERİYLE İLİŞKİLER

6.1. Ailenizde 65 yaş ve üzeri bir birey var mı? \*

- Evet
- Hayır

6.2. Ailedeki 65 yaş ve üzeri kişilerin yaşadığı yer:

- Kendi evinde eşiyile
- Kendi evinde çocuklarıyla
- Kendi evinde yalnız
- Kendi evinde bakıcıyla
- Çocukların evinde çocuklarıyla
- Huzur evi, yaşlı bakım evi vb.

6.3. 65 yaş ve üzeri bir birey ile aynı evde yaşama durumunuz: \*

- Halen yaşıyorum
- Daha önceden yaşadım
- Hiç yaşamadım

6.4. Herhangi bir dönemde 65 yaş ve üzeri bir birey ile aynı evde yaşadığınız beraber yaşadığınız kişinin yakınlık derecesini lütfen kısaca belirtiniz.

6.5. Ailenizde sizinle yaşayan bakıma muhtaç yetişkin/yaşlı bir birey var mı? \*

- Evet
- Hayır

6.6. Bir önceki soruya yanıtınız evet ise; bakıma muhtaç kişiye ne kadar süredir bakım veriliyor (ay ile)

---

6.7. 65 yaş ve üzeri aile bireyleri ile beraber yaşamak ister misiniz? \*

- Evet
- Hayır
- Kararsızım

## 7. BÖLÜM 7: YAŞLI SAĞLIĞI İLE İLGİLENME DURUMU

7.1. Yaşlı insanlarla ilişkinizi nasıl tanımlarsınız? \*

	1	2	3	4	5	6	7	
En olumsuz ilişki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	En olumlu ilişki

7.2. Yaşlılık denince aklınıza gelen "ilk" kelime hangisidir? \*

- Ağrı
- Aile Büyüğü
- Deneyim
- Emeklilik
- Hastalık

- Huysuzluk
- Huzur
- Muhtaçlık
- Ölüm
- Sevimli Olmak
- Unutkanlık
- Yalnızlık
- Yavaş Olmak
- Zorluk
- Diğer: \_\_\_\_\_

7.3. Sizce yaşlılara karşı tutumu iyileştirebilmek için gerekli "en önemli" davranış biçimi hangisidir? \*

- Anlayışlı Olmak
- Bakım Vermek
- Değer Vermek
- Eğitim Almak
- Empati Yapmak
- Etkin Dinlemek
- İlgi Göstermek
- Sabırlı Olmak
- Saygılı Olmak
- Yardım Etmek

○ Diğer: \_\_\_\_\_

7.4. Huzur evi ziyaretinde bulunma sıklığınız? \*

- Yılda 3 veya daha fazla
- Yılda 1-2 kez
- Daha seyrek
- Hiç bulunmadım

7.5. Aile hekimliği uzmanlığında geriatri yan dal uzmanlığı olmalı mıdır? \*

- Evet
- Hayır
- Kararsızım

7.6. Gelecekte yaşlı sağlığına yönelik hizmet sunan birimlerde çalışmak ister misiniz? \*

- Evet
- Hayır
- Kararsızım