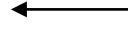


İREM ÖZEL BİLİM



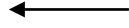
Adınızı soyadınızı giriniz

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yaz



DOKTORA TEZİ



Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

İSTANBUL-2018



Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI AYRIMCILIĞI
DÜZEYİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
TUTUMLARININ YAŞLI BİREYLER TARAFINDAN
ALGILANMASI**

İREM ÖZEL BİLİM

**DANIŞMAN
PROF. DR. F. YASEMİN KUTLU**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Doktora öğrencisi İrem Özel Bilim tarafından Prof.Dr.F.Yasemin Kutlu danışmanlığında hazırlanan "Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi Ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 14 / 09 / 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof.Dr. Ayşe Okanlı
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Jüri-Danışman

Prof.Dr. Fatma Yasemin Kutlu
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr. Hülya Bilgin
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr. Leyla Küçük
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Dr.Öğr. Üyesi Malbule Batmaz
Haliç Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

BEYAN**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İrem ÖZEL BİLİM



İTHAF

Bizleri daima ileriye ve bilime yönlendiren Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin kurucusu,
Başkomutan ve Başöğretmen Ulu Önder Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK' e ithaf
ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, yol gösteren tez danışmanı hocam Prof. Dr. Sayın F. Yasemin KUTLU'ya öncelikle şükranlarımı sunarım. Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmalarımın her aşamasında bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Sayın Ayşe OKANLI ve Doç. Dr. Sayın Leyla KÜÇÜK'e, doktora ders döneminde bilgi, birikim ve deneyimlerini bizlerle paylaşarak ufkumuzu ve şevkimizi arttıran İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanı ve Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sayın Sevim BUZLU'ya ve Doç. Dr. Sayın Hülya BİLGİN'e, çalışma süresince yardım ve desteklerini esirgemeyerek çalışmanın devamını sağlayan sağlık çalışanlarına, tecrübe ve anılarıyla zorlu veri toplama sürecinde bana destek olan Eskişehir'de yaşayan yaşlılara, lisansüstü öğrenimim boyunca çalışmalarına devam edebilmem için bu zorlu süreçte beni hiç bir zaman yalnız bırakmayan, her zaman arkamda bir güç olarak hissettiğim, yaşamımın her döneminde bana sonsuz anlayış ve sabırla destek olan Babam Ersel ÖZEL'e, Annem Ayşe ÖZEL'e, Kardeşim F. Aylin ÖZEL'e, Eşim Atilla BİLİM'e ve tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ayrımcılık	5
2.1.1. Ayrımcılık Türleri	6
2.1.1.1. Amacı Bakımından Ayrımcılık Türleri	6
2.1.1.2. Uygulama Biçimine Göre Ayrımcılık Türleri.....	7
2.1.1.3. Konusu Bakımından Ayrımcılık Türleri	7
2.2. Yaşlı Ayrımcılığı	10
2.2.1. Yaşlı Ayrımcılığının Gelişmesinde Rol Oynayan Etmenler	11
2.3. Yaşlı Ayrımcılığının Sosyo Kültürel Etkileri	12
2.3.1. Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumların Görüldüğü Alanlar	13
2.3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Ayrımcılığı.....	13
2.3.2. Ayrımcılığın Yaşlı Birey Üzerindeki Etkisi.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi	20
3.2. Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması	24
4. BULGULAR.....	30
4.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi İle İlgili Bulgular	30
4.1.1. Sağlık Çalışanlarının Bireysel Ve Mesleki Özelliklerine Yönelik Bulgular	30
4.1.2. Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri.....	33

4.1.3. FYA Ölçeği İle Sağlık Çalışanlarının Bireysel Ve Mesleki Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	39
4.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Bulguları	49
4.2.1. Yaşlı Bireylerin Özellikleri.....	49
4.2.2. YASTA Ölçeğinin Geliştirilmesi Ve Psikometrik Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	50
4.2.3. YASTA Ölçeği İle Yaşlı Bireylerin Özelliklerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular.....	59
5. TARTIŞMA	76
5.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi İle İlgili Bulgularının Tartışılması	76
5.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama İle İlgili Bulgularının Tartışılması	81
KAYNAKLAR	93
FORMLAR	116
ETİK KURUL KARARI	128
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	147
ÖZGEÇMİŞ	148

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri	30
Tablo 4-2: Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri	31
Tablo 4-3: Yaşlılık kavramının sağlık çalışanlarına çağrıştırdıkları	32
Tablo 4-4: FYA ölçeğinin Cronbach Alpha değeri	33
Tablo 4-5:FYA ölçeğinin iki yarı güvenilirlik değerleri	33
Tablo 4-6: FYA ölçeği madde toplam puan korelasyonu.....	34
Tablo 4-7: KMO ve Bartlett Testi.....	35
Tablo 4-8:Toplam açıklanan varyans tablosu	35
Tablo 4-9: Maddelerin faktörlere göre dağılımı	37
Tablo 4-10: FYA ölçeği doğrulayıcı faktör analizi için uyum indeksleri.....	39
Tablo 4-11: FYA ölçeği ve alt boyutları toplam puanı.....	39
Tablo 4-12:Sağlık çalışanlarının yaşları, aylık çalışma saatleri ve meslekteki toplam çalışma yılları ile FYA ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki	40
Tablo 4-13: Sağlık çalışanlarının cinsiyeti ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	40
Tablo 4-14: Sağlık çalışanlarının medeni durumları ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	41
Tablo 4-15: Sağlık çalışanlarının eğitim durumları ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	42
Tablo 4-16: Sağlık çalışanlarının aile tipi ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	43
Tablo 4-17: Sağlık çalışanlarının hayatlarının bir döneminde ya da halen yaşlılarla yaşama durumu ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	44
Tablo 4-18: Sağlık çalışanlarının görevi ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	45
Tablo 4-19: Sağlık çalışanlarının çalıştığı kurum ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	45
Tablo 4-20:Sağlık çalışanlarının çalıştığı birimler ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının karşılaştırılması	46

Tablo 4-21:Sağlık çalışanlarının çalışma şekli ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	47
Tablo 4-22: Sağlık çalışanlarının işlerinden memnuniyet durumları ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	48
Tablo 4-23: Yaşlıların bireysel özellikleri	49
Tablo 4-24:YASTA ölçeğinin kapsam geçerlilik indeksi (CVI) değeri	50
Tablo 4-25:KMO ve Bartlett testi	52
Tablo 4-26: Toplam açıklanan varyans tablosu	53
Tablo 4-27:Maddelerin faktörlere göre dağılımı	55
Tablo 4-28: YASTA ölçeği doğrulayıcı faktör analizi için uyum indeksleri	56
Tablo 4-29:YASTA ölçeğinin cronbach alpha değeri	56
Tablo 4-30:YASTA ölçeğinin iki yarı güvenirlik değerleri	57
Tablo 4-31: YASTA ölçeğinin cronbach alfa analizleri	57
Tablo 4-32:YASTA ölçeği ve alt boyut puanları.....	59
Tablo 4-33:Yaşlı bireylerin YASTA ölçeği ve alt boyutlarından hemşireler ve hekimlere göre aldıkları puanların karşılaştırılması	59
Tablo 4-34:Yaşlı bireylerin yaşları ile YASTA ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki	60
Tablo 4-35:Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	60
Tablo 4-36:Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin medeni durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	61
Tablo 4-37: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin eğitim durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	63
Tablo 4-38: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin çalışma durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	66
Tablo 4-39: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin gelir durumu ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması	67
Tablo 4-40: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin herhangi bir hastalık varlığı ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	69
Tablo 4-41: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin ölümden korkma durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.	70

Tablo 4-42:Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	72
Tablo 4-43: Yaşlı bireylerin hemşireler ve hekimler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılma durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	74



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1:Scree Plot grafiği (FYA)	37
Şekil 4-2: Scree Plot grafiği (YASTA).....	54



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FYA: Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı

TDK: Türk Dil Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YASTA: Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Ölçeği

WHO: World Health Organisation



ÖZET

Özel Bilim, İ. (2018). Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi Ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Yaşlılara yönelik ayrımcılığın görüldüğü alanlardan biri de sağlık alanıdır. Sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere yönelik ayrımcı tutumları ve bu tutumların yaşlı bireyde oluşturduğu algılar, onlarda çeşitli sağlık problemlerine yol açmaktadır. Bu çalışma sağlık çalışanlarının ayrımcılık düzeyini ve sağlık çalışanlarının tutumlarının yaşlılar tarafından nasıl algılandığını belirlemek amacıyla yapıldı.

Sağlık çalışanlarının ayrımcılık düzeyi Fraboni (1990) tarafından geliştirilen “Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı” ölçeği ile, sağlık çalışanlarının tutumlarının yaşlılar tarafından algılanış biçimi araştırmacı tarafından geliştirilen “Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Ölçeği” ile belirlendi.

Katılımcıların yaş ortalaması; sağlık çalışanlarında $37,96 \pm 9,12$, yaşlılarda $71,96 \pm 6,54$ bulundu. Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı ölçeği toplam puanına göre; kadınların, çekirdek aileye sahip olanların, hemşirelerin, devlet hastanesinde çalışanların, işlerinden memnun olmayanların ayrımcılık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama ölçeği toplam puanına göre, tüm yaşlı bireylerin hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı; Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama ölçeği toplam puanına göre; gelir durumu açlık sınırının üzerinde olan, herhangi bir hastalığı olmayan, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşamayan yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı Ayrımcılığı, Hemşire, Hekim, Yaşlı, Sağlık Hizmetleri

ABSTRACT

Özel Bilim, İ. (2018). Health Workers' ageism level and Perception of the Attitudes of Healthcare Workers by Elderly. İstanbul University, Institute of Health Science, Mental Health and Psychiatric Nursing. Doctoral Thesis. İstanbul.

One of the areas where ageism against aging is seen is the field of health. The discriminatory attitudes of health professionals towards elderly individuals and perceptions of these attitudes in the elderly individuals lead to various health problems in the elderly. This study was conducted to determine the level of discrimination of health workers and how health workers' attitudes were perceived by the elderly.

The level of discrimination of health workers was determined by the “Fraboni Scale of Ageism” developed by Fraboni (1990) and the way elderly perceives the attitudes of health workers; was determined by the researcher, “The Scale of Perceiving the Attitudes of Healthcare Professionals by Elderly” (YASTA).

Average age of participants; 37.96 ± 9.12 in health workers and 71.96 ± 6.54 in the elderly. According to the Fraboni Scale of Ageism total score were found to have higher levels of discrimination who are women, nuclear family members, nurses, employees in the state hospital and those who were not satisfied with their work. According to the total score of “The Scale of Perceiving the Attitudes of Healthcare Professionals by Elderly”; all older people perceive discrimination from the attitudes of the nurses. According to the total score of “The Scale of Perceiving the Attitudes of Healthcare Professionals by Elderly”; income status is above the hunger limit; without any disease; elderly individuals who could not easily reach health services were found to perceive discrimination from attitudes of physicians.

Key Words: Ageism, Nurses, Physicians, Elderly, Health Service.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya çapında 60 yaş ve üzerinde 600 milyon birey bulunduğunu, bunun 2025'te iki katı, 2050'de yaklaşık iki milyar olacağını rapor etmiştir (WHO 2004). Türkiye'de ise 1960'da kadınlar için 54, erkekler için 51 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2013 yılı için kadınlarda 79,2, erkeklerde 74,7 yıla ulaşmış (TÜİK 2013) ve Türkiye'de 65 yaş ve üstü nüfus 2009'da %7; 2015 de % 8,2 olarak belirlenmiştir (TÜİK 2015).

Yaşlı nüfusundaki artış, ileri yaşlarda ortaya çıkan bir sorun olan yaşlı ayrımcılığını da beraberinde getirmiştir (Erdemir 2002; Çilingiroğlu ve Demirel 2004; Vefikuluçay Yılmaz ve Terzioğlu 2010). İlk defa Robert Butler (1969), yaşlı bireylere karşı olan sistematik önyargıları ve ayrımcılığı “ageism” kavramıyla tanımlamıştır. Butler, yaşlı ayrımcılığını, yaşlı insanlara yönelik bir ayrımcılık, ırk ayrımcılığı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi eyleme dönüşebilen bir terim olarak tanımlamıştır (Butler 1969). “Yaşlılardan dolayı kişilere karşı sistematik bir biçimde kalıp yargıların ve ayrımcılığın sürdürülmesi” olarak tanımlanan yaşlı ayrımcılığı (Butler 1969; Butler 2006); yaşlı bireylere karşı, sadece yaşı nedeniyle gösterilen farklı tavır, ön yargı, tutum ve davranışları ifade etmemekte, hem olumlu hem de olumsuz tutumları da kapsamaktadır. Olumlu tutumlar; sevecenlik, bilgelik, güvenilirlik, politik güç, özgürlük ve mutluluk gibi öğeleri; olumsuz tutumlar ise, hastalık, iktidarsızlık, çirkinlik, zihinsel fonksiyonlarda gerileme, ruhsal hastalık, işe yaramazlık, izolasyon, yoksulluk ve depresyon gibi öğeleri içermektedir (Palmore 1999).

Literatürde, önyargı kavramı, stereotipleme, önyargı ve ayrımcılık olarak üç başlıkta tartışılmaktadır. Stereotipleme, bireyin uzun süreli hafızasında belirli bir sosyal grup hakkında bilgi yapıları ve şemalar oluşturma, tasarlama süreçlerini tanımlar. Önyargı, günlük kullanımda stereotipleme ile karşılaştırılabilir. Ancak literatürde bu terim özellikle bir sosyal gruba karşı duygusal ya da tutumsal yanıtları tanımlamak için kullanılır. Bu yüzden önyargı, duygusal süreçleri tanımlar. Ayrımcılık ise, stereotiplemenin davranışsal sonuçlarını açıklar (Dozois 2006).

Yaşlı ayrımcılığı ise yukarıda sayılan bu üç mekanizmayı da içeren yaşlı bireylere ve yaşlanma sürecine dair kökleri daha derinde olan; sosyal olarak inşa edilmiş olumsuz inançlardır (Breckler 1984; Cuddy ve Fiske 2002). Bunlar, kurumlar,

kurallar ve gündelik yaşam yolu ile içselleştirilmekte, ayrıca yaş ayrımcılığını da beslemektedir (McGlone ve Fitzgerald 2005; Clark 2009).

Butler (1969) ve Lewis'e (2009) göre, ageism, genç bireylerin yaşlıları kendilerinden farklı olarak görmelerine yol açmakta, bu durum, yaşlıların insan oldukları gerçeğini ortadan kaldırarak, yaşlanmaya karşı korku ve dehşeti artırmaktadır.

Yaşlı ayrımcılığı, gündelik yaşamda bireyler arasında iletişime de olumsuz yansımaktadır. Araştırmacılar tarafından, iki önemli olumsuz iletişim tarzı tanımlanmıştır: Overaccommodation (yaşlının işi yapamayacağı önyargısıyla işlerini onun yerine yapma) ve bebek konuşması, yaşlı bireylerin maruz kaldığı yaşlı ayrımcılığının en önemli göstergesidir (Nelson 2005). Bu nedenle toplumsal katılımın önündeki engellerden birisidir.

Yaşlılara yönelik ayrımcılık birçok alanda görülmekte olup, ekonomik yaşam, aile yaşamı ve sosyal yaşam alanlarında sorunlara yol açmaktadır (Çilingiroğlu ve Demirel 2004). Bu sorunlar sağlık sektörüne de yansiyarak sağlık bakım hizmetlerinden faydalanma, sağlık harcamalarının karşılanması, sosyal güvenlik kurumlarının örgütlenmesi ve finansmanı, yeterli hizmet ve iş olanakları alanlarında sorun yaşanmasına neden olabilmektedir (Courtney ve ark. 2000; Soyuer ve ark. 2010). Yapılan çalışmalar sınırlı olmakla beraber, yaşlı ayrımcılığının en çok yapıldığı yerlerden birinin sağlık hizmetleri olduğu belirtilmektedir (Kite ve ark. 2005; Akdemir ve ark. 2007; Zhou 2007; McGuire ve ark. 2008).

Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinde yaşlılara yönelik önyargılı tutumlar; kaçınma (örn. yaşlı yerine aile bireyi ile konuşma), katlanamama, tartışmayı kontrol etme, yüksek sesli ve abartılı tonlama, bebeksi konuşma, basitleştirilmiş konuşma ya da aşırı samimi konuşma, bağırma, yaşlı bireyin konuşmasını dinlememe, yaşlının konuşmasına karşı dışlayıcı yorumlar, aşırı anaç tavırlar (ya da aşırı şefkat), bağımlı davranışa karşı seçici takviye (selective reinforcement), kınama gibi boyutları içermektedir (Kemper 1994; Ryan ve ark. 1995; Caporael 1981, Kaynak: Arun ve Pamuk 2014).

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda, hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen gibi birçok disiplinin bir arada çalışması gerekmektedir. Bu nedenle son yıllarda yaşlı nüfusun artışına paralel olarak, sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı tutumlarını belirlemeye yönelik bilimsel araştırmalara olan

ilgi artmıştır. Sağlık bakımında yaşlılara karşı ön yargılı davranıldığı bazı çalışmalarda belirlenmiştir (Gözüm ve Tan 2003; Dozois 2006; Akdemir ve ark. 2007). Çalışmalara bakıldığı zaman farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Kearney ve ark. (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik negatif tutum gösterdikleri tespit edilirken, Ünal ve ark. (2012) sağlık çalışanlarının pozitif tutuma sahip olduğunu bulmuşlardır. Ögenler ve ark. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, hekimlerin yaşlı ayrımcılığı açısından olumlu tutuma sahip oldukları ancak yaşları ilerledikçe yaşlılara karşı ayrımcılığa zemin hazırlayan olumsuz düşüncelerinin arttığı ifade edilmiştir. Zehirlioğlu ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmaya göre, çalışmaya katılan hemşirelerin yaşlılara karşı olumlu tutumlarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Arun ve Pamuk (2014) tarafından yapılan bir çalışmada ise, yaşlı bakım personelinin cinsiyet ve yaş gibi kişisel özellikleri ve uzun çalışma saatleri ageist tutumları artırırken, mesleki bazı özellikler ageism düzeyini azaltmaktadır. Sağlık sektöründe öğrenim görmekte olan öğrencilerle yapılan çalışmalara bakıldığı zaman yine farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir (Arun ve Pamuk 2014). Altay ve Aydın (2015) tarafından yapılan bir çalışma ile Ünsar ve ark (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin genel olarak tutumlarının olumlu yönde olduğu saptanmıştır. Köse ve ark. (2015), farklı sağlık alanlarında öğrenim gören öğrencilerle yaptıkları çalışmalarında, yaşlıya yönelik tutumların olumsuz olduğunu saptamıştır. Özbek Yazıcı ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, yaşlı bakım programı öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere yönelik ayrımcı tutumları ve bu tutumların yaşlı bireyde oluşturduğu algılar, onlarda çeşitli sağlık problemlerine yol açmaktadır. Yaşlı ayrımcılığına maruz kalan yaşlıların, yüksek kan basıncı problemi yaşadığı (Lewis ve ark. 2009) ve yaşlanma ile ilgili negatif stereotiplere maruz kalan yaşlıların daha fazla kardiyovasküler stres yaşadıkları belirtilmektedir (Westerhof ve Barrett 2005). Uzmanlar yaşlı ayrımcılığının ortaya çıkmasında etkili faktörler olarak yaşlı bireylerde depresyon, yetersizlik, mortalitenin artması ve erken bağımsızlık kaybı olduğunu belirtmektedir (Perry 2003; Ünal ve ark. 2012). Ayrıca yaşlı ayrımcılığı, yaşlı bireylerin bir yük olarak algılanmasına, bu da bilhassa sosyal dışlanmaya, yaşlı bireyde özgüven eksikliğine, ulaşabileceği hizmetlerin sayısında ve kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Nelson 2005).

Yaşlının toplum içine katılımını ve sağlık hizmeti almasını engelleyen ayrımcı tutumlar, yaşlının sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaparak sağlığının giderek daha fazla bozulmasına neden olmakta ve yaşlının sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvurmasında bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının yaşlıya yönelik tutumları kadar yaşlıların sağlık çalışanlarının tutumlarını nasıl algıladıkları da önemlidir.

Ülkemizde sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığı düzeyini belirlemeye yönelik çalışmalar mevcut olmakla birlikte, sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılık düzeylerini belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlıdır. Sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik ayrımcılığının yaşlı bireyler tarafından nasıl algılandığı ve yaşlıların sağlık hizmetleri sunumunda sağlık çalışanlarından beklentilerini gösteren çalışmalara ise literatürde rastlanmamıştır. Bu araştırma; sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı düzeyini ve yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarını nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

Modern dünyada gelişen tıbbi teknolojiler insan ömrünü uzattığı için ortalama yaşam süresi artmıştır. Bu nedenle yaşlılık hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gündemde olan ve her geçen gün önemi daha da artan konulardan biri olmuştur. Yaşlıların tıbbi ve sosyal sorunlarının iç içe olması, çoklu sağlık sorunlarının bulunması ve bu sorunların sıklıkla bir kısır döngü oluşturması yaşlıların sağlık hizmeti alma gereksinimlerini artırmıştır. Yaşlı bireylerin bu sorunlarla karşılaşmasının toplumsal bir sonucu olarak yaşlı ayrımcılığı yaşanabilmektedir. Yaşlı ayrımcılığı kavramını ve özelliklerini tanımlamadan önce ayrımcılık kavramını açıklamak yararlı olacaktır.

2.1. Ayrımcılık

İnsan, sosyal bir varlık olmasının gereği olarak, içinde bulunduğu toplumun ya da bir grubun üyesi olma ihtiyacı duymaktadır. Bu ihtiyacına yönelik sarf ettiği çabalar engellendiğinde ve toplum dışına itildiğinde ruh sağlığında ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Coşkun 2015).

Toplumsal yaşam içerisinde, herhangi bir kamu yararı ya da mantıklı bir gerekçe olmadan, çeşitli nedenlerden dolayı, bir kişiye, benzer durum ve koşullardaki diğer kişilerden farklı ve eşit olmayan bir muamele yapılması, toplum ya da devlet içerisinde bazı bireylerin bazı haklardan ve ayrıcalıklardan yararlanmasının engellenmesi, anlamına gelen ayrımcılığın temelinde ben/biz ve diğeri/diğerleri ayrımı yatmaktadır (Karataş 2002; Turpçu 2004; Arslan 2010; Çelenk 2010; Paker 2012).

Temel olarak ayrımcılığı önyargı oluşturur; fakat bazen önyargı olmadan da ayrımcılık görülebilir. Türk Dil Kurumu (TDK)'na (2006) göre “ön yargı; bir kimse veya bir şeyle ilgili olarak belirli şart, olay ve görüntülere dayanarak önceden edinilmiş olumlu veya olumsuz yargı, peşin yargı, peşin hüküm, peşin fikir” olarak tanımlanmaktadır. Dünya ülkelerinin birçoğu hazırladıkları sözleşmelerde ayrımcılığın hukuki boyutundan bahsetmekte ve insan hak ve özgürlüklerinden eşit yararlanmayı güvence altına alma yükümlülüğünü yerine getirmeye çalışmaktadır (Çayır ve Ayan Ceyhan 2012). Ülkemizde de kişilerin renk, dil, din, ırk, yaş, cinsiyet, siyaset, servet inanç gözetmeksizin kanunlar önünde herkesin eşit olduğu, bu sebeplerden dolayı

kimseye ayrımcılık yapılamayacağı, ayrımcılık yapan kişilerin cezalandırılacağı belirtilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982; Türk Ceza Kanunu 2004; İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Sözleşme 2010; Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu 2016).

2.1.1. Ayrımcılık Türleri

Uluslararası sözleşmelere bakıldığında, hangi davranışların ayrımcılık olarak adlandırılması gerektiğini belirlemek çok da kolay görünmemektedir. (Çayır ve Ayan Ceyhan 2012). Ancak ayrımcılık türlerini; amacına, uygulama biçimine ve konusuna göre sınıflandırmak mümkündür.

2.1.1.1. Amacı Bakımından Ayrımcılık Türleri

Standart olarak ve akla uygun bir gerekçeye dayandırılmak suretiyle ayrımcılık, olumlu bir kavramdır. Fakat zamanla bu olumlu kavram olumsuz bir anlam kazanmıştır. Bu nedenle ayrımcılık hem olumlu hem de olumsuz anlamıyla iki yönlüdür. Olumlu ayrımcılığa maruz kalındığında herhangi bir mağduriyet yaşanmazken, olumsuz ayrımcılıkta mağdur olmak ya da edilmekten bahsedilir (Yalçın 2008).

Pozitif Ayrımcılık

Pozitif ayrımcılık mağdur olduğu düşünülen kesimlere uygulanan bir ayrımcılık türüdür. Ayrımcılığa pozitif kelimesinin eklenmesiyle önyargılardan uzaklaşılacağı düşünülmektedir. Pozitif ayrımcılığın amacı tarafları eşitlemektir. Pozitif ayrımcılık negatif ayrımcılık uygulamaları sonucu ortaya çıkmıştır. Negatif ayrımcılığın varlığından söz edilmeyen bir toplumda pozitif ayrımcılıktan da bahsedilmemektedir. Bu nedenle pozitif ayrımcılık “tersine ayrımcılık” olarak da adlandırılmaktadır (Demir 2007). Pozitif ayrımcılık; toplumsal yaşamda dışlanmış ya da dışlanma ihtimali olan birey ya da grupların eğitim, sağlık, ulaşım, iş gücü, siyaset vb. alanlarda var olan sisteme katılmalarını ve var olmaya çalıştıkları sistemden kopmamaya çalışmalarını sağlamak amacıyla yapılan uygulamalar ve politikalar (Özcan 2004). Kimi zaman eşitliğin sağlanabilmesi için pozitif ayrımcılığın yapılması gerekmektedir (Ünlü ve ark. 2009; Akbaş ve Şen 2013).

Negatif Ayrımcılık

Toplum içinde yaşayan bireylerin niteliksel ve niceliksel olarak farklı olmaları, doğuştan gelen ya da sonradan olan biyolojik ve genetik farklılıklara sahip olmalarının,

toplumun diğer kesimleri tarafından bireylerin aleyhine kullanılması, hak ya da özgürlüklerin toplum içinde bazı kişilere tanınırken bazı kişilere tanınmaması, bireyin eşitlik ilkesi kapsamında diğerlerine göre eksik ya da yetersiz şekilde değerlendirilmesi negatif ayrımcılık olarak tanımlanmaktadır (Demir 2007; Moon 2009; Demir 2011). Negatif ayrımcılık, bir grup aleyhine yapılan muamele anlamına gelmektedir (İspir 2016).

2.1.1.2. Uygulama Biçimine Göre Ayrımcılık Türleri

Doğrudan Ayrımcılık

Aynı ya da benzer durumdaki bireylere veya gruplara hak ve özgürlüklerinin eşit şekilde kullandırılmasını engellemeye ya da zorlaştırmaya yönelik her türlü farklı davranış doğrudan ayrımcılık olarak adlandırılır (Salman 2007; Korkut 2009; Gül ve Karan 2011; Çayır ve Ayan Ceyhan 2012; Erdoğan 2013). Bir kişi ya da bir grup aynı şartlardaki diğer bir kişi veya grubun sahip olduğu hak ve özgürlükleri elde etmek için gayret sarf eder. Bu esnada dışlanır, engellenir, sınırlar koyulur (Işıl 2006; Salman 2007; Korkut 2009; Gül ve Karan 2011).

Dolaylı Ayrımcılık

Açık bir şekilde yaşanmadığından ortaya çıkarılması daha zor olan dolaylı ayrımcılık; farkında olmadan, kimsenin tarafını tutmadan ve herkese eşit olarak yapılan bir uygulama sonucunda bazı birey ya da grupların dezavantajlı ya da mağdur duruma düşmesi olarak adlandırılmaktadır (Geylani Arslan 2006; Gündüz 2007). Baybora'nın (2010) tanımı da bu yönde olmakla birlikte; tarafsız görünse de sadece bazı kişileri ya da grup üyelerini etkileyen davranışlar veya kurallar bütünü şeklindedir (Turpçu 2004; Gündüz 2007; Baybora 2010). Sonuç olarak, dolaylı ayrımcılıkta; ayrımcılık farklı davranmaktan değil, aynı davranmaktan kaynaklanır.

2.1.1.3. Konusu Bakımından Ayrımcılık Türleri

İrk Ve Etnik Kökene Dayalı Ayrımcılık

“Her Türlü İrk Ayrımının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme” ye göre ırk ayrımcılığı; bireysel, sosyal, kültürel, toplumsal, ekonomik ya da siyasal alanlarda insan haklarının ve temel özgürlüklerinin tanınması, bunlardan yararlanılması veya uygulanmasını önleme ya da zarar verme amacını taşıyan renk, ırk, köken, ya da ulusal veya etnik kökene dayalı her türlü ayırım, kısıtlama, dışlama, ya da tercih olarak

tanımlanmıştır (Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun 2002).

Irk ve etnik kökene dayalı ayrımcılık, toplum içerisinde kimi birey ve grupların fiziksel farklılıklarından dolayı eşit olmayan muamele ve uygulamalarla karşı karşıya kalmaları sonucu oluşmaktadır (Ataöv 1996; Ünlü ve ark. 2009).

Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık

Bireylerin cinsiyetlerinden dolayı adaletsizlikle, dışlanmayla, ayrımla ya da kısıtlanmayla karşılaşması cinsiyet ayrımcılığıdır. Cinsiyet ayrımcılığına maruz kalan bireyler; kaynaklara ve fırsatlara ulaşmada eşitsizlik, şiddet, temel hizmetlerden yararlanmada yetersizlik, çalışma yaşamı ve siyasette özellikle kadının sınırlı olarak yer alması ve erkekler ile kadınlar arasındaki kişisel ilişkilerdeki güç dengesizliği ile karşılaşır. Cinsiyet ayrımcılığı, doğrudan ve dolaylı olarak ayrılırken; bir kimsenin karşısındaki kişinin cinsiyetini temel alarak diğer cinsiyetteki kişiye davranabileceğinden daha olumlu ya da olumsuz davranması doğrudan cinsiyet ayrımcılığı; şekilsel olarak eşitlikçi görünen davranış veya uygulamaların sonradan kadın üzerinde ayrımcı etkiler yaratması dolaylı cinsiyet ayrımcılığıdır (Bilir Güler 2005; Kurşun 2006; Demirbilek 2007).

Din Ve Mezhep Unsurlarına Bağlı Ayrımcılık

Çeşitli sebeplerden dolayı yapılan göçler, ülke ve şehirlerin nitelik ve nicelik olarak yapısını değiştirmekle birlikte sosyo-kültürel çeşitliliği arttırmaktadır. Bunun yansıması farklı dinlerden olan kişilerin bir arada yaşamasıdır. Farklılıkların bir arada yaşaması zorken buna birde din ve mezhep ayrımcılığının eklenmesi işleri daha da zorlaştırmaktadır (Turpçu 2004; Tanay 2012).

Siyasi Nedene Bağlı Ayrımcılık

Siyasi ayrımcılık; herhangi bir neden olmaksızın, bir bireye, sadece siyasi görüşünden dolayı haklar ve özgürlükler kapsamında diğer bireylerden eşit olmayan ve farklı bir uygulama yapılması olarak tanımlanır (Çetin ve Özdemirci 2011).

Engellilik Durumuna Göre Ayrımcılık

Engellilik bireyin temel yaşamsal faaliyetlerini kısıtlayan fiziksel ve zihinsel eksikliktir. ILO Ayrımcılık Sözleşmesi'nde engelli kişi, aralıklarla ya da sürekli görülen

fiziksel, zihinsel, psikiyatrik ya da duygusal rahatsızlıkları nedeniyle diğer çalışanlardan daha dezavantajlı konumda kabul edilen kişi olarak tanımlanmıştır (111 No'lu Ayrımcılık (İş ve Meslek) Sözleşmesi 2015). Özürlüler idaresinin yapmış olduğu çalışmada engelliliğe dayalı ayrımcılığın en çok iş başvurularında, işe alım ve işten çıkarma sürecinde, maaş artışı ve terfiler ile iş değiştirme aşamasında yaşanabildiği bildirilmiştir. Engelli bireyin işe düzenli gelmeyeceği, verimli çalışamayacağı, iş yerinde motivasyonu düşüreceği, iş yerine ekstra maliyetler çıkaracağı, iş yerini yasal olarak zor duruma sokacağı düşünceleriyle iş yerlerinde bireylerin engelli birey görmek istememesi nedeniyle ayrımcılık ortaya çıkar (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü T.Y.).

Dış Görünüşe Göre Ayrımcılık

İnsanların dış görünüşlerinin tercih hakkına sahip kişilerin davranış biçimlerini etkiledikleri ortaya konulmuştur (Olgundeniz 2010). Toplumun, aşırı kilolu bireylerin düşük verimli oldukları, sağlıksız yaşam sürdürdükleri ve sağlıksız olmalarından dolayı devamsızlığa yatkın olacaklarını düşündükleri gözlenmiştir. Bu tip uygulamalar genellikle doğrudan değil dolaylı şekilde görünmektedir. İş gücü ile doğrudan ilişkisi olmamakla birlikte, karar vericilerin eşit başarı ya da niteliklere sahip kişiler arasındaki tercihlerde zorlandıklarında dış görünüş belirleyici bir etken olabilmektedir (Emre 2010).

Yaşa Bağlı Ayrımcılık

Tüm toplumlarda yaşam; doğumdan ölüme kadar çeşitli dönemlere ayrılır. Geleneksel toplumlarda, kişilerin yapabileceği ve yapamayacağı, yüklenebileceği ve yüklenemeyeceği sorumluluklar bu dönemlere göre belirlenir. (Güvenç 1999). Yaşa bağlı ayrımcılık yaştan haksız yere kullanıldığı haksız uygulamaların var olduğu bir durumdur. Toplum içerisinde her yaş grubundan kişiler olduğu düşünüldüğünde, yaşa bağlı ayrımcılığa herkes tanık olabilir. Her yaş grubunun yaşı nedeniyle karşılaşabileceği bir olumsuzluk olan yaşa bağlı ayrımcılık en çok çocukları ve yaşlı bireyleri etkilemektedir. Sadece yaşları küçük olduğu için fikirlerinin önemsiz görülmesi ya da sergiledikleri bazı davranışları yaşlarının küçük olmasına yormak, yine yaşları büyük oldukları için üretimlerinin yetersiz görülmesi ya da onları maddi ve manevi bir yük olarak görmek yaşa bağlı ayrımcılıktır. Bazı insanlar yaşı büyük olduğu için bazıları ise yaşı küçük olduğu için bulundukları ortamlarda aşağılayıcı davranışlara

maruz kalabilir ve mağdur olabilirler. Toplumda yaş ayrımcılığı, genç nesillerin yaşlı kişileri kendilerinden çok farklı görmelerine sebebiyet vermektedir. Bu durum genç ve yaşlı grup arasında farklı muameleleri doğurmakta ve gençlerin yaşlılara önyargılı yaklaşımlarına sebep olmaktadır (Baybora 2010). Yaşlıların üretken ve yararlı olmadıkları, değişim ve eğitim konusunda direnç gösterdikleri, fiziksel ve zihinsel açıdan yetersiz oldukları düşünceleri yaşlılar ile ilgili önyargıların temelindedir (Güvenç 1999; Şeşen 2006). Ayrımcılık yapan kişiler kendi cinsiyet ve ırk gibi özelliklerinin değişmeyeceğinden emindir. Ancak hayat döngüsünde her birey erken yaşta ölmediği sürece ileri yaş grubunun bir üyesi olur ve yaşlı ayrımcılığına maruz kalabilir (Akdemir ve ark. 2007). Bu nedenle yaşlı ayrımcılığı yaşam süresinin artmasıyla birlikte her bireyin karşılaşabileceği bir ayrımcılık türü olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2. Yaşlı Ayrımcılığı

Yaşlı ayrımcılığı terimini ilk defa tanımlayan Amerika Ulusal Yaşlılık Enstitüsü başkanı Gerontolog Robert Butler (1969)'dir ve yaşlı ayrımcılığından “yaşlı insanlara yönelik bir ayrımcılık, ırk ayrımcılığı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi eyleme dönüşebilen bir ideoloji türü” olarak söz etmektedir (Akdemir ve ark. 2007; Popham ve ark. 2011), Paltore (1999) ise günümüzde de en sık kullanılan ayrımcılık tanımını ileri yaştaki bireylere yönelik önyargıyı, tutum ve davranışlar aracılığı ile ifade etmek şeklinde belirtmiştir. Yaşlı ayrımcılığı hem mutluluk, sevecenlik, özgürlük, bilgelik ve güvenilirlik gibi olumlu tutumları, hem de hastalık, çirkinlik ve zihinsel işlevlerde gerileme gibi olumsuz tutumları içermektedir (Çilingiroğlu ve Demirel 2004; Özdemir 2009).

Yapılan çalışmalarda geniş ailede yaşayan, büyükanne ve büyükbabalarıyla iletişimi olan bireylerin, yaşlılarla çalışma süresi uzun olan sağlık bakım personelinin, yaşlı bireylere karşı olumlu tutumlara sahip oldukları belirtilmiştir (Slevin 1991; Ten Haken ve ark. 1995; Pampel 1998; Scott ve ark. 1998; Mosher-Asley ve Ball 1999; Loretto ve ark. 2000; Kotzabassaki ve ark. 2002; McKinlay ve Cowan 2003; McConatha ve ark. 2004; Kite ve ark. 2005; Gallagher ve ark. 2006; Voogt ve ark. 2008; Göçer 2012; Liu ve ark. 2012; Ünal ve ark. 2012).

Yapılan diğer çalışmalarda ise; sağlık hizmetlerinde gençlere öncelik verildiği, hemşirelik öğrencilerinin yaşlıları kırılgan, zayıf ve hasta bireyler olarak algıladıkları, hekimlerin yaşlı hastalara daha az zaman ayırarak kısıtlı bilgi verdikleri, daha basit

kelimeler seçtikleri, hastalık ve prognoz hakkındaki bilgileri yaşlılar yerine yaşlıların yakınlarına verdikleri, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylere karşı olumsuz tutuma sahip oldukları belirtilmiştir (Pampel 1998; Scott ve ark. 1998; Mosher-Asley ve Ball 1999; Loretto ve ark. 2000; Kotzabassaki ve ark. 2002; Moyle 2003; Tsuchiya ve ark. 2003; Kite ve ark. 2005; Dozois 2006; Higgins ve ark. 2007).

2.2.1. Yaşlı Ayrımcılığının Gelişmesinde Rol Oynayan Etmenler

Yaşlı olmak genellikle bunama, güçsüzleşme, hasta olma, yıpranma, fonksiyon görememe gibi olumsuz ifadeleri içermektedir. Bu ifadeler toplumdaki bireyler tarafından yaşlıdan ve yaşlılıktan kaçınılması gereken bir durum olarak değerlendirilmektedir (Adak 2003; Rosenthal 1990; Palmore 1999). Hem fiziksel hem bilişsel hem de sosyal yönü olan yaşlılık kavramı (Blaikie 1999) birçok sağlık sorununu beraberinde getirmekte, kronik hastalıklar, buna bağlı olarak kısıtlılık ve özürlülük oranları da artmaktadır (Akgün ve ark. 2004). Fizyolojik değişimlerin olumsuz etkileri, çocukların evden ayrılması ya da emeklilik gibi nedenlerle yaşlının yaşamında meydana gelen değişiklikler yaşlının sosyal çevresini daraltır (Blaikie 1999; Palmore 1999; WHO 2011).

Ölüme karşı duyulan korku; gençliğe, bedensel güzelliğe ve cinselliğe; ekonomik verimliliğe ve üreticiliğe verilen önem yaşlı ayrımcılığının gelişmesinde çok büyük rol oynamaktadır (Çilingiroğlu ve Demirel 2004; Vefikuluçay 2008; Özdemir 2009; Göçer 2012).

Ölüme Karşı Duyulan Korku

Yaşlılık ve ölüm arasındaki göz ardı edilemez olan ilişkide (Arpacı 2005) ölüm; yaşam döngüsünde yer alan, yaşamın en son parçasıdır. Ancak ölüm normal yaşam döngüsü dışına itilmekte ve kavram olarak yaşlılık ve ölüm aynı anlama gelmektedir. Bu nedenle, gençlerin ve orta yaştaki bireylerin hastalık, işe yaramazlık ve ölümle ilgili korkuları yaşlı ayrımcılığı olarak dışa vurmaktadır (Çilingiroğlu ve Demirel 2004; Vefikuluçay 2008; Özdemir 2009; Vefikuluçay Yılmaz ve Terzioğlu 2010; Göçer 2012).

Gençliğe, Bedensel Güzelliğe Ve Cinselliğe Verilen Önem

Yaşlılık, zavallı, aciz, cinsellikten soyutlanmış, beklentisiz ve kendine yüklenen ebeveyn rolünün getirdiği sorumluluk altında ezilen bir kimlik olarak sunulurken

politika alanlarından reklam filmlerine, eğitimden yönetime her alanda gençlik teşvik edilmektedir (Özdemir 2009). Bu nedenle de fiziksel görünüme ve gençliğe önem veren toplumlarda gençlik el üstünde tutulurken yaşlılar dışlanmakta ve ezilmektedirler (Özdemir 2009; Vefikuluçay Yılmaz ve Terzioğlu 2010; Göçer 2012). Fiziksel görünümleri ve gençlikleri kimliklerinin bir parçası olan toplumlarda, kişinin kendine duyduğu güven azalır ve yaşlılığa karşı olumsuz tutumlar geliştirilir (Çilingiroğlu ve Demirel 2004).

Ekonomik Verimliliğe Ve Üreticiliğe Verilen Önem

Yaşamın başlangıç ve bitiş noktaları olarak kabul edilen çocukluk ve yaşlılık dönemleri birbirinin zıttı gibi görünse de her iki dönemin ortak noktası üreticilik ve ekonomik verimliliğin olmamasıdır. Çocuklar gelecek yıllara yapılan bir yatırım olarak görülürken, yaşlılar verimli olmadığı, üretime katkı sağlanmadığı için yük olarak görülmektedir. Bu nedenle de yaşlı bireyler toplumda ayrımcılığa uğrayabilmektedirler (Çilingiroğlu ve Demirel 2004; Macnicol 2006; Vefikuluçay 2008; Vefikuluçay Yılmaz ve Terzioğlu 2010; Göçer 2012).

2.3. Yaşlı Ayrımcılığının Sosyo Kültürel Etkileri

Yaşlılık, toplum tarafından verimlilikte, üretkenlikte, yeterlilikte, bireysellik ve bağımsızlıkta neredeyse tüm yaşam alanlarında azalma olarak görülmekte olup, fiziksel ve bilişsel değişimler, rol ya da statü kaybı, teknolojik gelişim hızı ve bu değişim hızına yetişemeyen ya da beklentilerini karşılayamayan yaşlının toplumdan uzaklaşmasına ve kendi iç dünyasına çekilmesine sebep olur. Kendini izole eden yaşlılara karşı toplumda yaşlı bireyden uzaklaşır ve toplumsal etkileşim azalır (Öz 2002; Çilingiroğlu ve Demirel 2004; Akdemir ve ark. 2007; Vefikuluçay 2008). Yaşlıya ve yaşlılığa karşı inançlar ve tutumların oluşmasında kültürün etkisi göz ardı edilemez. Ortadoğu ülkelerindeki yaşlı erkekler bilge ve prestij sahibi kişiler olarak kabul edilmektedir. Japonya’da, yaşlının sosyal statüsünün gençlerden daha yüksek olduğu ve yaşlı bireylere hürmet edilerek, bilgeliklerinden, bilgi, birikim ve deneyimlerinden yararlanılır (Çilingiroğlu ve Demirel 2004; Akdemir ve ark. 2007; Vefikuluçay 2008). Böyle toplumlarda yaşlı ve yaşlılık, yaşamın doğal döngüsü olarak benimsendiği için yaşlı ayrımcılığı kavramı yoktur (Çilingiroğlu ve Demirel 2004). Göçlerin, kentleşmenin ve sanayileşmenin artışı, geçim sıkıntısı, kadının çalışma hayatında yer edinmesi, sosyal hayatın değişmesi, aile yapısının geniş aileden çekirdek aileye doğru değişmesi Türk kültüründeki, yaşlıya

saygı gösterme, yaşlının sözünü dinleme ve yaşlıya sahip çıkma düşünce ve davranışlarının, yaşlının toplumdaki statüsü ve saygınlığının değişmesine neden olmaktadır (Akdemir ve ark. 2007; Vefikuluçay 2008). Günümüzde yaşlı ve yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşlının yaşam kalitesini ve genel sağlığını arttırmaya odaklanmakla birlikte üretken, başarılı ve bağımsız bir yaşlanma hedeflenmektedir (Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007). Başarılı yaşlanma olgusu; biyo-psiko-sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Yaşam uzunluğu, fiziksel ve mental sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal verimlilik, üretkenlik, kişisel kontrol ve hayattan zevk alma başarılı yaşlanmanın temel öğeleridir (Türkiye Bilimler Akademisi Raporları 2003; Bahar ve ark. 2009).

2.3.1. Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumların Görüldüğü Alanlar

Yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumların en çok görüldüğü alanların başında sağlık bakım sistemleri, çalışma yaşamı, aile yaşamı, sosyal yaşam, cinsel yaşam gelmektedir (Akdemir ve ark. 2007).

2.3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Ayrımcılığı

Ayrımcı davranışlara günlük yaşamda, iş hayatında veya sosyal hayatta karşılaşılabilirdiği gibi, her cinsten, ırktan ya da etnik kökenden bireyleri bünyesinde barındıran sağlık kurumlarında da karşılaşılabilir (Alkan ve ark. 2015). Sağlık hizmetlerini başta hemşire ve hekim olmak üzere multidisipliner bir ekip üstlenmiştir. Yaşlıların yaşadığı sağlık sorunlarının yaşlılığın normal süreci içinde olduğunun düşünülmesi, yaşlı bireylerin tedavilerinin etkinliğinin azalmasına neden olmaktadır. Dahası sağlık personelinin, yaşlıların kronik hastalıkları yerine gençlerin akut hastalıklarını tedavi etmeyi tercih ettikleri bildirilmiştir (Özdemir 2009). Yaşlılara yönelik ön yargılar, yaşlı bakımı ile ilgili yeterli eğitim almayan sağlık personellerinin genç bireylere daha fazla koruyucu bakım hizmeti vermesi, yaşlı bireylere daha az sağlık taramaları yapması, yaşlı bireylerin tedavi girişimlerini aksatması, yaşlı bireylerin anlama ve öğrenme güçlükleri olduğu düşünülerek bilgilendirme yapmaması, yaşlı bireylerin öykülerini tanılama sürecinde yakınlarından alması ve sağlık durumu hakkında yaşlı hasta yerine yakınlarına bilgi vermesi şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Akdemir ve ark. 2007; Vefikuluçay 2008; Özdemir 2009). Sağlık hizmetleri sırasında bireylerle en sık karşılaşan ve en fazla etkileşimi olan sağlık personeli önce hemşire sonra hekimidir (Karen ve Rice 2001; Mezey ve ark. 2005). Sağlık hizmeti,

multidisipliner bir ekiple verilse de hemşirelerin sahip oldukları sorumluluklar ve yaşlı bireyle geçirdikleri zaman bakımından sağlık bakım hizmetlerinde önemli bir yeri vardır (Vefikuluçay Yılmaz ve Terzioğlu 2010).

Resmi Gazete’de yayımlanan 8/3/2010 tarihli 27515 sayılı yönetmelikte belirtildiği üzere birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan sağlık ekibi üyesi olarak hemşire; sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan, göçle gelmiş, madde bağımlılığı açısından riskli, çocuk, ergen, kadın, yaşlı, işsiz ve engelli gibi ruh sağlığı bozulma riski taşıyan tüm grupların, ruh sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde görev alır ve destekleyici programlar oluşturmakla, orta yaşlılık ve yaşlılık dönemindeki bireylere bu dönem özellikleri hakkında bilgi vermekle, bu dönemde ortaya çıkabilecek fiziksel, duygusal ve sosyal problemlerle baş etme yöntemleri hakkında destek olmak ve danışmanlık yapmakla yükümlüdür (Hemşirelik Kanunu 2007). Hekim her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözlemeksizin görevini yerine getirmekle yükümlüdür (Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 2015). Kişiler arasında dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım yaparak bir hizmetin uygulanmasını veya hizmetten yararlanılmasını engelleyen, kamuya arz edilmiş bir hizmeti yapmayı reddeden kimse hakkında altı aydan bir yıla kadar hapis veya para cezası verileceği, Türk Ceza Kanunu’nun (2004) 122.maddesinde belirtilmektedir.

Yaşlı bireylerin sağlık personeline pek umursanmadığı, hastalıklarının sebebi olarak yaşlarının gösterildiği, sağlık personelinin yaşlı bakımını çalışma alanı olarak çok da tercih etmek istemediği, negatif tutum ve ön yargıların yaşlı bakımındaki ayrımcılığı desteklediği belirtilmektedir (Dozois 2006).

Sağlık çalışanları arasında en çok ayrımcı davranışların hemşireler tarafından gösterildiği, bu duruma tükenmişlik sendromu ve hastalarla en fazla muhatap olmanın sebep olduğu belirtilmiştir (Alkan ve ark. 2015).

Doktorlar arasında yaşlı ayrımcılığı ile mücadelede birçok çalışma, yaşlılara yönelik olumlu tutumların geliştirilmesinde geriatri eğitiminin tıp müfredatları içindeki etkisini değerlendiren çalışmalarda, öğrencilerin sağlıklı yaşlılarla etkileşimlerini sağlayan geriatri stajyerlik programlarının, öğrencilerin yaşlılara karşı olumlu tutumlar

sergilemesini arttırdığını göstermektedir (Beullens ve ark. 1997; Shue ve ark. 2005; Struck ve ark. 2005).

Yaşlı ayrımcılığının belirlenmesi için yapılan araştırmalara göre, sağlık hizmetlerinde gençlere öncelik verildiği, yaşlı hastaların, kaynak kullanımı, sağlık ya da hastalık yönetimiyle ilgili yaşam şekillerini değiştirmeye yönelik daha az bilgilendirildiği belirtilmektedir (Tsuchiya ve ark. 2003; Wold 2004).

Hekimlerin yaşlı hastalarla konuşurken daha az ilgi ve saygı gösterdikleri, yaşlı hastaları bilgilendirirken bilgileri basitleştirdikleri, daha az ayrıntılı bilgi sağladıkları, daha az zaman ayırdıkları ve bilgileri hasta yerine aileye verdikleri saptanmıştır (Dozois 2006). Tıp öğrencileri ile yapılan çalışmalarda yaşlıların değişime ayak uyduramadıkları, sürekli hastalandıkları, yaşlıların sinirli oldukları şeklinde kendini gösteren olumsuz tutumlara sahip oldukları, 4. sınıf tıp öğrencilerinin yaşlı bireye karşı tutumlarının 1. sınıf öğrencilerinden daha olumlu olduğu saptanmıştır (Reuben ve ark. 1995; Wilkinson ve ark. 2002; Kishimoto ve ark. 2005; Hughes ve ark. 2008)

Hemşirelerinin yaşlı hastalara yönelik olumlu ve olumsuz davranışlarının incelendiği araştırmalarda hemşirelerin genç hastalarla çalışmayı istedikleri, yaşlı bireylerin sorunlarını yaşam döngüsünün doğal bir seyri olarak düşündükleri için önemsemedikleri ya da erteledikleri, yaşlıları bağımlı ve izole olarak algıladıkları, bilgi eksikliğinin olduğu, bireylerle konuşurken basit ve kısa cümleler kurdukları, cümleleri tekrarlayarak yavaş konuştukları, yaşlı bireylerin bakımına harcanan zamanı kayıp olarak değerlendirdikleri ve bu durumun bakım kalitesini etkilendiği tespit edilmiştir (Kemper 1994; Courtney ve ark. 2000; Tsuchiya ve ark. 2003; Nelson 2005; Higgins ve ark. 2007).

Yaşlılara yönelik olumsuz tutumların, bakım kalitesi ile birlikte yaşlı bireylerin benlik saygılarını da azalttığı belirtilmektedir (Philipose ve ark. 1991; Emiroğlu 2006; Higgins ve ark. 2007; Tel ve Yıldırım 2007).

2.3.2. Ayrımcılığın Yaşlı Birey Üzerindeki Etkisi

İnsan, sosyal bir varlık olmasının gereği bulunduğu topluma ya da gruba ait olma ihtiyacı hissetmekte ve bu konuda çabalamaktadır. Bu çaba engellendiğinde bireyin ruh sağlığı ciddi oranda zarar görmektedir. Bireylerin insanları yaş, cinsiyet, ırk, din vb. özelliklerine göre sınıflama eğiliminde olduğu, bu şekilde sınıflandırma

yapmanın, kişilerin bireysel özelliklerinin göz ardı edilmesine ve bağlı bulunduğu grubun özellikleri nedeniyle diğer gruplara göre eşit olmayan tutumlarla karşılaşmasına neden olmaktadır (Yatkın 2008).

Kişilerin kendini yaşlılığa hazırlamaması nedeniyle ortaya çıkabilen psikolojik yaşlanma sonucunda, yaşlılıkta oluşan biyolojik, ekonomik, teknolojik değişimlere uyum göstermekte zorlanma, ruhsal çöküntü yaşama, mücadele etmekten vazgeçme ve kendini soyutlama gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Arpacı 2005; Cangöz 2008).

Geçmişte yaşadıklarını sorgulayan, geçmişte yaptığı işlerden doyum alan, hedeflerine ulaşmış olan yaşlı birey, yaşlılık dönemini daha huzurlu geçirir. Ancak yaşlanmayla birlikte fiziksel, ekonomik ve sosyal gücünü kaybetmesi ve kendi işlerinde başkalarına bağımlı olması nedeniyle yanındaki bireylere yük olacağını düşünebilir (Durgun ve Tümerdem 1999; Cangöz 2008).

Yaşlılıkla birlikte yakınların kaybedilmesi, fizyolojik değişikliklere bağlı beden imajının değişmesi, organların işlevinin yavaşlaması ya da yitilmesi ölümden korkuya neden olmaktadır. Bu durum da yaşlının çaresizlik, güçsüzlük ve yalnızlık gibi duyguları yaşlılık döneminde daha yoğun olarak yaşadığı, bu yüzden yaşlıların mutsuz, sinirli, alıngan oldukları, çocuksu davrandıkları ve depresyon yaşadıkları düşünülmektedir (Öz 2002; Akdemir ve ark. 2007; Özdemir 2009).

Yaşlı bireyin kişisel ve kültürel özelliklerine, gizliliğine özen göstermek, yaşlı ile samimi ve destekleyici bir ilişki içinde olmak yaşlı bireyin ruh sağlığı açısından önemlidir. Dikkat edilmez ise sosyal izolasyon ve düşük benlik kaygısı zamanla yaşlı bireyi umutsuzluğa ve mutsuzluğa iterek, ruhsal çöküntülere neden olmaktadır (Arpacı 2005; Cangöz 2008).

Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı’nın 2. önceliği olan “Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması” ile ilgili olarak “Yaşlanmaya bakış açısı” alan konulu “yaşlının otoritesinin, bilge ve üretken özellikleri ile diğer önemli katkılarının toplum tarafından tanınmasının sağlanması” hedefine yönelik yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmesi, nesiller arası iletişim ve ilişkinin geliştirilmesi amacıyla sosyal, kültürel ve sanatsal faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, bilgiye ulaşım ve teknoloji kullanımının yaşlılık ve yaşlılar hakkında toplumsal farkındalık oluşturabilmek için, yazılı ve görsel medyada konuyla ilgili çalışmaların yapılmasının teşvik edilmesinden, kuşaklar arası dayanışmanın ve yaşlıya saygı bilincinin geliştirilmesi için yaşlanma,

yaşlılık psikolojisi, yaşlılığın endişe dönemi olmadığı ve yaşlı istismarı gibi konulara örgün ve yaygın öğretim programlarında yer verilmesi ve etkinliğinin artırılmasının sağlanmasından, sosyal ve sanatsal etkinliklere katılımın artırılması için milli parklar, müzeler, devlet tiyatroları ve operalar gibi hizmetlerden yaşlıların faydalanması özendirilmesi ve ilgili kurum ve kuruluşların teşvik edilmesinden, bireylerin iş yaşamından sonra aktivitelerini ve üretken çabalarını nasıl sürdürebileceklerine ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması ve emeklilik dönemine adaptasyonlarının sağlanması için emekliliğe hazırlık programlarının oluşturulmasından ve “Ulusal Yaşlılık Enstitüsü” kurulmasından bahsedilmektedir (Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı 2013).

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı Stratejilerinde Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi, Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması ve Refahın Arttırılmasına yönelik Sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması için ilk üç yıl içerisinde Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın sorumluluğunda Sağlık kurumlarında yaşlılara pozitif ayrımcılık yapılması kapsamında Yaşlı dostu sağlık merkezlerinin oluşturulması sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşlılara öncelik ve kolaylık sağlanması (özellikle yoksul olan yaşlıların bu kaynaklardan daha fazla yararlanmasının sağlanması) planlanmakta ve sonuç olarak yaşlıların yaşam memnuniyetinde artış beklenmektedir. Geriatri Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanmasına yönelik yaşlılara verilen acil sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılarak, erişilebilirlik ve etkililik ilkeleri çerçevesinde yürütülmesinin sağlanması için ilk bir yıl içerisinde Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin sorumluluğunda Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde ve üniversite hastanelerine ait acil servislerde geriatrik acil birimlerinin oluşturulması ve fiziki altyapılarının tamamlanması planlanmakta ve Acile başvuran yaşlıların memnuniyetinde artış beklenmektedir (Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020).

Palmore (2004) yaptığı çalışmada yaşlıların yaşlarından dolayı toplumun kendilerini kulakları duymayan, gözleri görmeyen, söylenenleri anlamayan ve sürekli hasta bireyler olarak gördüklerini saptamıştır. Türkiye Bilimler Akademisi (2003) tarafından yapılan çalışmada, yaşlı bireylerin kendilerini ağrı, hastalık ve acıları olan, yorgun, bitkin, güçsüz, kendi işini yapamayan, düşük statüde olan kişiler olarak

algıladıkları, kendilerini yaşlı olarak tanımladıkları ve dünyadan izole eden kişiler olarak düşündükleri saptanmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada yaşlı bireylerin yaşlılığı hastalık, hayatın sonuna gelmek, başkalarına muhtaç olmak vb. olumsuz kodladıkları belirlenmiştir (Erdil ve ark. 2004).

Yaşlının toplum içine katılımını ve sağlık hizmeti almasını engelleyen ayrımcı tutumlar, yaşlının sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaparak sağlığının giderek daha fazla bozulmasına neden olmakta ve yaşlının sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvurmasında bir engel oluşturmaktadır. Yaşlı ayrımcılığına maruz kalan yaşlıların, yüksek kan basıncı problemi yaşadığı (Lewis ve ark. 2009), daha fazla kardiyovasküler stres yaşadıkları (Westerhof ve Barrett 2005), depresyon, yetersizlik, erken bağımsızlık kaybı ve artan mortalite oranları ile karşılaştıkları (Perry 2003; Ünal ve ark. 2012) belirtilmektedir. Ayrıca yaşlı ayrımcılığı, yaşlı bireylerin bir yük olarak algılanmasına, bunun da bilhassa sosyal dışlanmaya, yaşlı bireyde özgüven eksikliğine, ulaşabileceği hizmetlerin sayısında ve kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Nelson 2005). Aynı belirtilerle başvururken bile, daha yaşlı kişilerin başvurma olasılığı genç olanlara göre daha düşüktür (Hillerbrand ve Shaw 1990). Bu nedenle sağlık çalışanlarının yaşlıya yönelik tutumları kadar yaşlıların sağlık çalışanlarının tutumlarını nasıl algıladıkları da önemlidir. Yaşamın erken dönemlerinde karşılaşılan olumsuz tutumlar ile Alzheimer arasında risk açısından ilişki bulunmuştur (Levy 2016). Olumlu tutumların ise sağlığın daha iyiye gitmesine ve yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunduğu sonucuna varmıştır (Westerhof ve ark. 2014). Yaşlı bireylerin yaşlanmayla ilgili kendi kendine veya toplumun olumsuz görüşleri, yaşlı yetişkinlerin pozitif sağlık davranışlarını benimsemelerini (Wurm ve ark. 2010), koruyucu sağlık önlemleri almasını veya önerilen tedavilere uymasını engeller (Levy ve Myers 2004). Yapılan çalışmalar, negatif yaşlanma algılarının açık ya da örtük şekilde gösterildiğinde, yaşlı bireylerin bilişsel ve fiziksel işlevlerine ve sağlığına zarar verebileceğini belirtmektedir (Levy, 2009; Lamont ve ark. 2015). Kişinin bireysel ve gruplararası ilişkileri üzerine yapılan araştırmalar, bireylerin kendileriyle ilgili olumsuz algılarının, ayrımcılık algısının artmasına neden olabileceğini (Vorauer ve ark. 1998; Frey ve Tropp 2006), diğer insanların kendilerini negatif algılamaları, grup dışı kişilerle etkileşimler hakkındaki endişeyi, iletişimsizliği ve gerilimi arttırarak gruplar arası teması engelleyeceğini (Vorauer ve Sakamoto 2008; Finchilescu 2010) göstermektedir. Kognitif ve fiziksel performanstaki azalmalar toplumun yaşlılar hakkındaki stereotiplerini doğrulayıcı davranışlarla sonuçlanabilir

(Lamont ve ark. 2015). Bu tarz ayrımcı davranışlar neticesinde kişilerde depresyondan kendini değersiz hissetmeye kadar uzanan istenmedik sonuçlar ortaya çıkmakta (Coşkun 2015), bu da bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda isteksiz olmalarına, sağlık personeline olan güven duygusunu zedelenmesine sebep olmaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma iki bölümde gerçekleştirildi. Birinci bölümde sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı düzeyi, ikinci bölümde sağlık çalışanlarının tutumlarının yaşlı bireyler tarafından nasıl algılandığı belirlendi.

3.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi

Araştırmanın Amacı Ve Tipi

Araştırma sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

Araştırma Soruları

- Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeğinin (FYA) psikometrik özellikleri nedir?
- Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeğinin (FYA) kesme noktası nedir?
- Sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı düzeyi nedir?
- Sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özellikleri ile yaşlı ayrımcılığı arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özellikleri, bağımlı değişkenleri ise "Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği (FYA)" toplam puanıdır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma Mayıs 2016-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında Eskişehir’de bir üniversite hastanesi ve bir devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarından toplandı.

Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Eskişehir’de bir üniversite hastanesi ve bir devlet hastanesinde görevli olan hemşire ve hekimler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise sağlık çalışanları için evreni bilinen örneklem hesabı kullanılarak belirlendi. Sağlık çalışanları için örneklem hacmi hesaplamasında kullanılan değişkenler cinsiyet, medeni

durum ve eğitim düzeyidir. Yapılan literatür tarama sonrasında çalışmanın %80 güç ile çalışılması durumunda istatistiki farkı ifadede yeterli ve etkin olduğu saptanmıştır. Kutlu Y. ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma referansı ile örneklem hacmi belirlenmiş olup cinsiyet değişkenlerinin %80 güç düzeyinde alınması gereken toplam birim sayısının, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenlerinin her ikisinde %95 güç ve üzerinde olduğu hesaplanmıştır. Bu araştırma 1. Tip hata %5, 2. Tip hata %20 ve %80 güç düzeyinde 729 sağlık çalışanı ile yapılması planlanmış olup, 814 sağlık çalışanına ulaşılmışla çalışmanın güç düzeyi yaklaşık %85 güç düzeyine yaklaşmıştır.

Sağlık Çalışanları İçin Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

- En az 1 yıldır hekim veya hemşire olarak çalışıyor olmak.
- Araştırmaya katılmaya istekli olmak.

Veri Toplama Araçları

Veriler, sağlık çalışanları için; anket formu ve "Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği (FYA)" ile toplanmıştır.

Sağlık çalışanları için anket formunda; sağlık çalışanlarının bireysel (yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşama deneyimi varlığı) ve mesleki (aylık çalışma saati, meslekteki yılı, görevi, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, çalışma şekli, işten memnuniyet durumu, yaşlılık kavramının sağlık çalışanlarına çağrıştırdıkları) özelliklerini içeren sorular bulunmaktadır.

Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği (FYA) (Fraboni Scale of Ageism-FSA): Sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı düzeyini belirlemek üzere bir öz bildirim ölçeği olan FYA Ölçeği kullanıldı. FYA Ölçeği, yaşlı ayrımcılığını çok boyutlu bir yapıda ele alan 29 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek Maryann Fraboni ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe Uyarlaması ve Psikometrik özelliklerinin belirlenmesi Kutlu, Küçük ve Yıldız Fındık (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. Kutlu ve ark. (2012) çalışmasında Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi (CVI) 0,98 olarak belirlenmiştir. Güvenirlik analizi sonucu ölçeğin 4 maddesi çıkarılmış ve ölçek 25 maddeden oluşmuştur. Türkçe ölçek için α değeri 0,84, yarıya bölme yöntemiyle elde edilen güvenilirlik katsayısı 0,81 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği için Açıklayıcı Faktör Analizi kullanılmış ve orijinal ölçeğe benzer 3 faktörlü bir yapı,

%38,31 varyans ile belirlenmiştir. Mevcut çalışmada FYA'nın psikometrik özellikleri çalışma sırasında tekrar belirlenmiştir. Ayrıca geçerlik ve güvenirliği yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak ölçeğin “Kesme Noktası” da belirlenmiştir. Ölçeğin Psikometrik özellikleri bulgular bölümünde verilmiştir.

Araştırma Süreci

Örnekleme alınma kriterlerine uygun olan sağlık çalışanları (hekim ve hemşire) çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Anket ve ölçeğin doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirmesinde araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS 21,0 paket programı, STATISTICA 13 DEMO programına aktarılmış ve gerekli analizler bu programda yapılmıştır. Her bir maddenin puan dağılımını incelemek için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Maddeler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeği yapı geçerliği açımlayıcı faktör analizi kullanılarak incelenmiştir. Her faktörünün özdeğerine bakılarak ve ölçek maddelerinin yapısı dikkate alınarak ölçeğin faktör sayısı belirlenmiştir (Şencan 2005). Çalışma grubundan elde edilen verilerin açımlayıcı faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi ile açıklanabilir (Çokluk ve ark. 2014; Büyüköztürk ve ark. 2018). Kaiser-Meyer-Olkin değerinin yüksek olması, ölçekteki her bir değişkenin, diğer değişkenler tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelir. Değerlerin sıfır ya da sıfıra yakın çıkması durumunda, korelasyon dağılımında, bir dağınıklık olduğu için bu değerlere dayalı olarak yorum yapılamaz. Kaiser-Meyer-Olkin testi sonucunda, değerin 0,50'den düşük olması halinde faktör analizine devam edilemeyeceği yorumu yapılır (Çokluk ve ark. 2014). Ölçeğin yapı geçerliliği ve ölçek alt boyutlarının belirlenmesi amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre RMSEA değerinin 0,05'e eşit ya da altındaki değerler iyi uyum, 0,05 ile 0,08 arasında olması yeterli uyum, 0,08 ile 0,10 arasında olması kabul edilebilir uyum, 0,10'dan büyük olması ise kabul edilemez uyum olarak adlandırılmaktadır (Özdamar 2013). Ölçeğin güvenirlik analizinde iç tutarlık (Cronbach's alpha) ve testi yarıya bölme (Guttman Cronbach's Alpha) teknikleri kullanılmıştır (Burns ve Grove 2009). Cronbach alfa katsayısı, çoktan seçmeli ve toplam puanlar üzerine kurulu

ölçeklerin güvenilirliğinin belirlenmesinde sıklıkla tercih edilmektedir (Alpar 2017). Bu sebeple FYA ölçeğinin güvenilirliğinin belirlenmesinde de tercih edilmiştir. Bu yöntemle göre iç tutarlılık katsayısı 0,00–0,40 arası ölçek güvenilir değil, 0,40–0,60 arası düşük düzeyde güvenilir, 0,60–0,80 arası oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arası yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Özdamar 2015; Alpar 2017). Bayram (2017) ise Cronbach alfa değerinin güvenilirlik için 0,70'in üzerinde olmasının yeterli olduğunu belirtmektedir. FYA ölçeğinin Cut off değerini belirlemek üzere ortalaması 0, standart sapması 0,01 olacak şekilde normal dağılımdan 814 birim türetilmiştir. Türetilen bu yeni değişken kullanılarak sınıf atamaları gerçekleştirilmiştir. Sınıf ortalamalarına göre FYA değerleri küçükten büyüğe sıralandırılarak Cut-off değeri belirlenmiştir.

Ölçek ile bireysel özellikler arasındaki ilişki ve anlamlılığı belirlemek için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro ve Kolmogorow-Smirnov testleri uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren veriler parametrik testler (Independent Sample t-test ve ANOVA) ile değerlendirilerek puan ortalamaları; normal dağılım göstermeyen veriler non-parametrik testler (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi) ile değerlendirilerek ortanca puanları ile hesaplanmıştır (Özdamar 2015). İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir. Ayrıca, araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, ortanca (Q1, Q2, Q3), minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı (FYA) ölçeğini geliştiren Maryann Fraboni'den gerekli izin alındı (Ek-1).

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 04.01.2017 tarih 80558721/G-06 sayılı Etik kurul izni alınmıştır (Ek-2).

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden 11.01.2017 tarih 31568761-804.01-132-222 sayılı kurum izni alınmıştır (Ek-3).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 15.02.2017 tarihinde karşılıklı imzalanan

Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile Bilimsel Araştırma Sahibi Arasında Yapılan Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol gereği 84987131-663.08 sayılı kurum izni alınmıştır (Ek-4).

Çalışmaya katılanlara araştırma hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilerek, onayları alınmıştır (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) (Form-1). Daha sonra araştırmacı tarafından sağlık çalışanlarına demografik bilgi formu (Form-2) ve Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı (FYA) Ölçeği tanıtılıp ölçeği en uygun şekilde yanıtlamaları istendi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları, sadece uygulamanın yapıldığı Üniversite hastanesi ve Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşireler ve hekimlerden elde edilen verilerle sınırlıdır. Sağlık çalışanlarının ne sıklıkta yaşlı hastaya baktığı belirlenmemiştir.

3.2. Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması

Araştırma Tipi

Araştırma yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının tutumlarını algılama düzeyini belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı-kesitsel araştırma tipinde gerçekleştirildi.

Araştırma Soruları

- “Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Ölçeği (YASTA)”nin psikometrik özellikleri nedir?
- Yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının tutumlarına yönelik algılamaları nasıldır?
- Yaşlı bireylerin bireysel özellikler ile sağlık çalışanlarının tutumlarını algılama düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni yaşlı bireylerin bireysel özellikleri, bağımlı değişkenleri ise "Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Ölçeği (YASTA)" toplam puanıdır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma Mayıs 2016-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında Eskişehir ilinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerden toplandı.

Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Eskişehir ilinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemi ise “Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Ölçeği (YASTA)” yaşlı bireyler için madde sayısının en az 5 ile 10 katı olacak şekilde belirlendi (N=290). Araştırma kapsamında 717 yaşlı bireye ulaşıldı. Mini Mental Testten 23 puan ve altında puan alan yaşlı bireyler örnekleme dahil edilmedi. Araştırma örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 301 yaşlı birey ile tamamlandı. Örneklemin belirlenmesinde “olasılıksız örneklem” yöntemi kullanıldı.

Yaşlı Bireyler İçin Örneklem Dahil Edilme Kriterleri;

- 65 yaş ve üstü olmak.
- Mini Mental Test’ten en az 24 puan almış olmak.
- En az bir kez sağlık hizmeti almış olmak.
- Araştırmaya katılmaya istekli olmak.

Yaşlı Bireyler İçin Örneklemden Dışlanma Kriterleri;

- Mini Mental Test’ten 23 puan ve altına puan almış olmak.

Veri Toplama Araçları

Veriler, yaşlı bireyler için, anket formu, Mini Mental Test ve araştırmacı tarafından geliştirilen "Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Ölçeği (YASTA)" ile toplanmıştır.

Yaşlı bireyler için anket formu: Yaşlı bireylerin bireysel özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, herhangi bir hastalık varlığı, ölümden korku) ve sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma deneyimlerini (sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme durumu, hemşireler ve hekimler tarafından negatif ayrımcılığa maruz kalma durumu) içeren sorular bulunmaktadır.

Mini Mental Durum Testi (MMT): Mevcut çalışmada yaşlı bireylerin bilişsel düzeylerinin örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanıldı. Ölçek yaşlı hastalarda gelişen bilişsel değişiklikleri izlemek amacı ile Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilen bir kısa tarama testidir ve yaşlılardaki demans taraması için sıklıkla kullanılır. 11 sorudan oluşur ve 30 puan üzerinden değerlendirilir. 24-30 puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demansla uyumludur. Oryantasyon, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılama yetenekleri test eder. MMT'nin test tekrar test geçerliliği 0,56-0,98 olarak bildirilmiştir. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. Testin eşik değerler için 23/24 değerinin 0,91 duyarlık, 0,95 özgüllük gösterdiği saptanmıştır.

Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Ölçeği (YASTA): Yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının tutumlarına yönelik algılarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından mevcut çalışma kapsamında geliştirilmiş ve psikometrik özellikleri belirlenmiştir. Ölçeğin geliştirilmesinde öncelikle içerik analizi yapıldı ve madde havuzu oluşturuldu. Maddeler, ölçülmek istenen özelliğin kuramsal tanımından yola çıkarak gözlenebilir ve ölçülebilir bir biçimde eyleme vuruk olarak tanımlanır. Literatürde ölçek maddelerinin oluşturulmasında konu ile ilgili geliştirilmiş ölçeklerin incelenerek bir madde havuzu oluşturulabileceği ifade edilmektedir (Çam ve Baysan Arabacı 2010). Çalışmada; ölçek maddelerinin oluşturulmasında, (a) yaşlı bireylere yönelik yapılan yaşlı ayrımcılığını inceleyen çalışmalardan (Butler 1969; Ataöv 1996; Durgun ve Tümerdem 1999; Levy ve ark. 2000; Loretto ve ark. 2000; Çilingiroğlu ve Demirel 2004; Duncan ve Loretto 2004; Arpacı 2005; Şeşen 2006; Emre 2010; Rodoplu 2011; Bodner ve ark. 2012; Kaya 2016), (b) sağlık çalışanlarının ve sağlık sektöründe öğrenim görmekte olan öğrencilerin yaşlılara karşı tutumlarını inceleyen çalışmalardan (Bianchini 2000; Courtney ve ark. 2000; Kearney ve ark. 2000; Kotzabassaki ve ark. 2002; Wilkinson ve ark. 2002; Cuddy ve ark. 2005; Cankurtaran ve ark. 2006; Bodner ve Lazar 2008; Özdemir 2009; Yılmaz ve Özkan 2010; Lassonde ve ark. 2012; Leung ve ark. 2011; Özkan ve Bayoğlu 2011; Göçer 2012; Kutlu ve ark. 2012; Liu ve ark. 2012; Alkan 2013; Luo ve ark. 2013; Allan ve ark. 2014; Arun ve Pamuk 2014; Nash ve ark. 2014; Vowels ve Crandall 2014; Bulut 2015; Kabatova ve ark. 2015; Tufan ve ark. 2015; Sapsawangwong 2016; Schroyen ve ark. 2016) ve (c) yaşlı ayrımcılığı konusunda daha önce kullanılan benzer ölçeklerden (Kogan 1961; Palmore 1999; 2001; Maxwell

ve Sullivan 1980; Fraboni ve ark. 1990; Reuben 1998; Cherry ve Palmore 2008; Vefikuluçay 2008; North ve Fiske 2015; Cary ve ark. 2017) yararlanıldı ve madde havuzu hazırlandı. Hazırlanan havuzdan seçilen maddelerle ölçeğin taslak hali hazırlandı. Oluşturulan taslakta yer alan madde ifadelerinin açık ve anlaşılır olmasına, değişik anlamlara yol açmamasına dikkat edildi. Madde havuzundaki madde sayısı 42 idi. Maddelerin ölçeklenmesinin yapılabilmesi için ölçek maddelerinin yanıtlama biçimi her bir maddeye 0 ile 100 arasında 10'luk dilimler şeklinde yüzdelik olarak belirlendi.

Maddeler belirlendikten sonra ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi belirlendi. Oluşturulan taslak ölçek, kapsam geçerliğini belirlemek için 3 akademisyen hemşire, 1 avukat, 1 klinisyen hemşire, 1 eczacı, 1 psikolog, 2 mühendis, 1 psikiyatri uzmanı, 2 sosyolog olmak üzere 12 kişiden uzman görüşü alındı. Uzmanlar, her bir ölçek maddesini “ilişki, açıklık, basitlik ve anlaşılabilirlik” açısından 1-4 puan arasında değerlendirdi (1=konu ile ilişkili değil, 4=konu ile ilişkili; 1=açık değil, 4=çok açık; 1=basit değil, 4=çok basit; 1=anlaşılır değil, 4=oldukça anlaşılır). Ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) (Content Validity Index= CVI) Lynn metodu (Lynn 1986) kullanılarak hem madde hem de ölçek düzeyinde ilişki, açıklık, basitlik ve anlaşılabilirlik açısından belirlendi (Polit ve Beck 2006). Ölçeğin CVI değerine göre düşük puan alan 13 madde ölçekten çıkarıldı.

Güvenirlilik analizi için Cronbach alpha katsayısı belirlendi. Cronbach alfa katsayısı, çoktan seçmeli ve toplam puanlar üzerine kurulu ölçeklerin güvenirliğinin belirlenmesinde sıklıkla tercih edilmektedir (Alpar 2017). Bu sebeple YASTA Ölçeğinin güvenirliğinin belirlenmesinde de tercih edilmiştir. Bu yöntemle göre iç tutarlılık katsayısı 0,00–0,40 arası ölçek güvenilir değil, 0,40–0,60 arası düşük düzeyde güvenilir, 0,60–0,80 arası oldukça güvenilir, 0,80–1,00 arası yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Özdamar 2015; Alpar 2017). Bayram (2017) ise Cronbach alfa değerinin güvenirlik için 0,70'in üzerinde olmasının yeterli olduğunu belirtmektedir.

Çalışma grubundan elde edilen verilerin açımlayıcı faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi ile açıklandı. (Çokluk ve ark. 2014; Büyüköztürk ve ark. 2018). Kaiser-MeyerOlkin değerinin yüksek olması, ölçekteki her bir değişkenin, diğer değişkenler tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelir. Değerlerin sıfır ya da sıfıra yakın çıkması durumunda,

korelasyon dağılımında, bir dağınıklık olduğu için bu değerlere dayalı olarak yorum yapılamaz. Kaiser-Meyer-Olkin testi sonucunda, değer 0,50'den düşük olması halinde faktör analizine devam edilemeyeceği yorumu yapılır (Çokluk ve ark. 2014). Yapılan KMO and Bartlett Testine göre; KMO katsayısı 1'e yakın olmakla birlikte Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değeri 0,05'ten küçüktür ($p=0,000$). Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değerinin 0,05'ten ($p<0,05$) küçük olması gerekli koşulu sağlıyor oluşu ve KMO katsayısının 1'e yakın olması veri setinin faktör analizi için tam olarak uygun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin yapı geçerliği için Açıklayıcı Faktör Analizi kullanılmış ve Özdeğeri 1'den büyük faktör sayısı altı bulunmuştur. Ölçeğin maddelerinin yapısına göre faktör sayısı iki ile sınırlandırılmıştır. RMSEA değerinin 0,05'e eşit ya da altındaki değerler iyi uyum, 0,05 ile 0,08 arasında olması yeterli uyum, 0,08 ile 0,10 arasında olması kabul edilebilir uyum, 0,10'dan büyük olması ise kabul edilemez uyum olarak adlandırılmaktadır (Özdamar 2013). Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre RMSEA değerinin anlamlı ve 0,10'dan küçük bulunması uyumun olduğunu göstermektedir. YASTA Ölçeği'nin Cut off değerini belirlemek üzere ortalaması 0, standart sapması 0,01 olacak şekilde normal dağılımdan 301 birim türetilmiştir. Türetilen bu yeni değişken kullanılarak sınıf atamaları gerçekleştirilmiştir. Sınıf ortalamalarına göre YASTA Ölçeği'nin değerleri küçükten büyüğe sıralandırılarak Cut-off değeri belirlenmiştir.

Ölçekte, 3., 4., 7., 9., 11., 13., 16., 18., 20., 22., 23., 24., 26. ve 29. maddeler olumsuz ifadeler olup ölçek puanı hesaplanırken ters çevrilerek hesaplama yapılır. Ölçeğin en yüksek puanı 0, en düşük puanı ise 2900'dur. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının tutumlarından algıladıkları negatif ayrımcılık algısı azalmaktadır. Diğer bir deyişle ölçekten alınan puan arttıkça yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının tutumlarından algıladıkları pozitif ayrımcılık algısı artmaktadır.

Araştırma Süreci

Eskişehir'de yaşayan 65 yaş üstü bireylerden örnekleme alınma kriterlerine uygun olanlar çalışma hakkında bilgilendirilerek, yazılı ve sözlü onamları alındı. Araştırma verileri çalışmaya katılmaya istekli, yaşlılardan yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin toplanması yaklaşık 30 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirmesinde araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS 21,0 paket programı ve STATISTICA 13 DEMO programına aktarılmış ve gerekli analizler bu programda yapılmıştır. Her bir maddenin puan dağılımını incelemek için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Maddeler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeği yapı geçerliği açımlayıcı faktör analizi kullanılarak incelenmiştir. Her faktörünün özdeğerine bakılarak ve ölçek maddelerinin yapısı dikkate alınarak ölçeğin faktör sayısı belirlenmiştir (Şencan 2005). Ölçeğin yapı geçerliliği ve ölçek alt boyutlarının belirlenmesi amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik analizinde iç tutarlık (Cronbach's alpha) ve testi yarıya bölme (Guttman Cronbach's Alpha) teknikleri kullanılmıştır (Burns ve Grove 2009). Ölçek ile bireysel özellikler arasındaki ilişki ve anlamlılığı belirlemek için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro ve Kolmogorow-Smirnov testleri uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren veriler parametrik testler (Independent Sample t-test ve ANOVA) ile değerlendirilerek puan ortalamaları; normal dağılım göstermeyen veriler non-parametrik testler (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi) ile değerlendirilerek ortanca puanları ile hesaplanmıştır (Özdamar 2015). İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir. Ayrıca, araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, ortanca (Q1, Q2, Q3), minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

- Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 04.01.2017 tarih 80558721/G-06 sayılı Etik kurul izni alınmıştır. (Ek-2).
- Çalışmaya katılanlara araştırma hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilerek, yazılı ve sözlü onayları alınmıştır. (Ek-6).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları, Eskişehir'de yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılardan elde edilen verilerle sınırlıdır.

4. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı düzeyini ve sağlık çalışanlarının tutumlarının yaşlı bireyler tarafından nasıl algılandığını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular sağlık çalışanlarına ve yaşlılara ait olmak üzere iki bölümde sunuldu.

4.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi İle İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özellikleri, Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı (FYA) ölçeğinin psikometrik özellikleri ve Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı (FYA) Ölçeği ile sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özelliklerinin değerlendirilmesi ile ilgili bulgular verildi.

4.1.1. Sağlık Çalışanlarının Bireysel Ve Mesleki Özelliklerine Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri Tablo 4.1’de, mesleki özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4-1: Sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri

		Ort	ss
Yaş		37,96	9,12
		n	%
Cinsiyetiniz	Kadın	597	73,3
	Erkek	217	26,7
Medeni durumunuz	Evli	608	74,7
	Evli Olmayan	206	25,3
Aile tipiniz	Çekirdek aile	764	93,9
	Geniş aile	50	6,1
Eğitim durumunuz	Lise	59	7,2
	Önlisans	139	17,1
	Lisans	311	38,2

	Lisansüstü	305	37,5
	Evet	451	55,4
65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşadınız mı?	Hayır	363	44,6

Tablo 4-2: Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri

		Ort	ss
Aylık çalışma saatiniz (n=781)		177,63	43,49
Meslekteki yılınız		15,36	9,57
		n	%
Göreviniz	Hemşire	545	67,0
	Hekim	269	33,0
Çalıştığınız kurum	Devlet hastanesi	536	65,8
	Üniversite hastanesi	278	34,2
	Dahili Birimler	450	55,3
	Cerrahi Birimler	321	39,4
Çalıştığınız birim	Temel Birimler	14	1,7
	Belirtmemiş	29	3,6
Çalışma şekliniz nedir?	Nöbetli	505	62,0
	Nöbetsiz	309	38,0
İşinizden memnun musunuz?	Evet	611	75,1
	Hayır	203	24,9

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bireysel özelliklerine bakıldığında; yaş ortalaması $37,96 \pm 9,12$ olup, %73,3'ünün (n=597) kadın, %26,7'sinin (n=217) erkek olduğu, %74,7'sinin (n=608) evli olduğu, %93,9'unun (n=764) çekirdek aileye sahip olduğu, %38,2'sinin (n=311) lisans mezunu olduğu, %55,4'ünün (n=451) 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşadığı bulundu (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine bakıldığında; aylık ortalama çalışma saati $177,63 \pm 43,49$ ($n=781$), meslekte ortalama çalışma yılı $15,36 \pm 9,57$ olup, %65,8'inin ($n=536$) devlet hastanesinde çalıştığı, %67'sinin ($n=545$) hemşire olarak görev yaptığı, %55,3'ünün ($n=450$) Dahili birimlerde çalıştığı, %62'sinin ($n=505$) nöbetli çalıştığı, %75,1'inin işinden memnun olduğu bulundu (Tablo 4.2).

Tablo 4-3: Yaşlılık kavramının sağlık çalışanlarına çağrıştırdıkları

*Yaşlılık kavramı sağlık çalışanlarına çağrıştırdıkları	n	%
Hastalık	516	63,4
Merhamet	411	50,5
Yalnızlık	402	49,4
Güçsüzlük	385	47,3
Şefkat	354	43,5
Bilgelik	327	40,2
Bağımlılık	297	36,5
Zihinsel azalma	292	35,9
Bağlılık	236	29,0
Depresyon	132	16,2
Dışlanma	85	10,4
Mutluluk	83	10,2
İşe yaramazlık	79	9,7
Mutsuzluk	77	9,5
Bolluk	53	6,5
İzolasyon	44	5,4
Çirkinlik	42	5,2
Fakirlik	27	3,3
Bağımsızlık	21	2,6

Politik güç	7	0,9
--------------------	---	-----

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşlılık kavramı sizin için neleri çağrıştırmaktadır sorusuna ilk üç sırada %63,4 oranında (n=516) hastalık, %50,5 oranında (n=411) merhamet, %49,4 oranında (n=402) yalnızlık; son üç sırada %3,3 oranında (n=27) fakirlik, %2,6 oranında (n=21) bağımsızlık, %0,9 oranında (n=7) politik güç cevabı verdikleri bulundu (Tablo 4.3).

4.1.2. Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri

Tablo 4-4: FYA ölçeğinin Cronbach Alpha değeri

Cronbach Alpha Değeri	Madde sayısı
0,724	29

Tablo 4-5:FYA ölçeğinin iki yarı güvenilirlik değerleri

Cronbach Alfa Değeri	Birinci yarı	Değer	0,584
		Madde sayısı	15 ^a
	İkinci yarı	Değer	0,573
		Madde sayısı	14 ^b
	Toplam madde sayısı		29
İki yarı arasındaki korelasyon			0,531
Spearman-Brown katsayısı	Eşit uzunluk		0,693
	Eşit olmayan uzunluk		0,694
Guttman Split-Half katsayısı			0,692

a.Maddeler: Madde 1, Madde 2, Madde 3, Madde 4, Madde 5, Madde 6, Madde7, Madde 8, Madde 9, Madde 10, Madde 11, Madde 12, Madde 13, Madde 14, Madde 15.

b.Maddeler: Madde 16, Madde 17, Madde 18, Madde 19, Madde 20, Madde 21, Madde 22, Madde 23, Madde 24, Madde 25, Madde 26, Madde 27, Madde 28, Madde 29.

FYA Ölçeğinin Güvenilirliği iç tutarlılık ve yarıya bölme yöntemi ile belirlenmiştir. FYA ölçeğinin 29 maddelik Türkçe versiyonu için cronbach α katsayısı,

0,724 bulunmuştur, bu da iç tutarlılığın oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4, Tablo 4.5).

Tablo 4-6: FYA ölçeği madde toplam puan korelasyonu

Madde No	Düzeltilmiş Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı
Madde 1	0,212	0,720
Madde 2	0,048	0,728
Madde 3	0,351	0,709
Madde 4	0,330	0,711
Madde 5	0,344	0,709
Madde 6	0,228	0,717
Madde 7	0,271	0,715
Madde 8	0,029	0,729
Madde 9	0,333	0,710
Madde 10	0,388	0,706
Madde 11	0,366	0,708
Madde 12	0,062	0,726
Madde 13	0,320	0,712
Madde 14	-0,097	0,736
Madde 15	0,386	0,707
Madde 16	0,257	0,716
Madde 17	0,239	0,717
Madde 18	0,347	0,709
Madde 19	0,355	0,709
Madde 20	0,250	0,716
Madde 21	-0,046	0,734

Madde 22	0,159	0,722
Madde 23	-0,005	0,732
Madde 24	0,109	0,724
Madde 25	0,339	0,710
Madde 26	0,375	0,708
Madde 27	0,374	0,707
Madde 28	0,386	0,707
Madde 29	0,253	0,716

Orijinal FYA ölçeğinin düşük toplam puan korelasyonuna sahip olan maddeleri dışlandığında, ölçeğin toplam Cronbach α değerini etkilemediği görüldüğünden herhangi bir madde çıkarılmamıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4-7: KMO ve Bartlett Testi

KMO		0,830
	Ki kare	3689,630
Bartlett Küresellik Testi	Sd	406
	p	0,000

$p < 0,05$ =normal dağılmıyor; $p > 0,05$ =normal dağılıyor

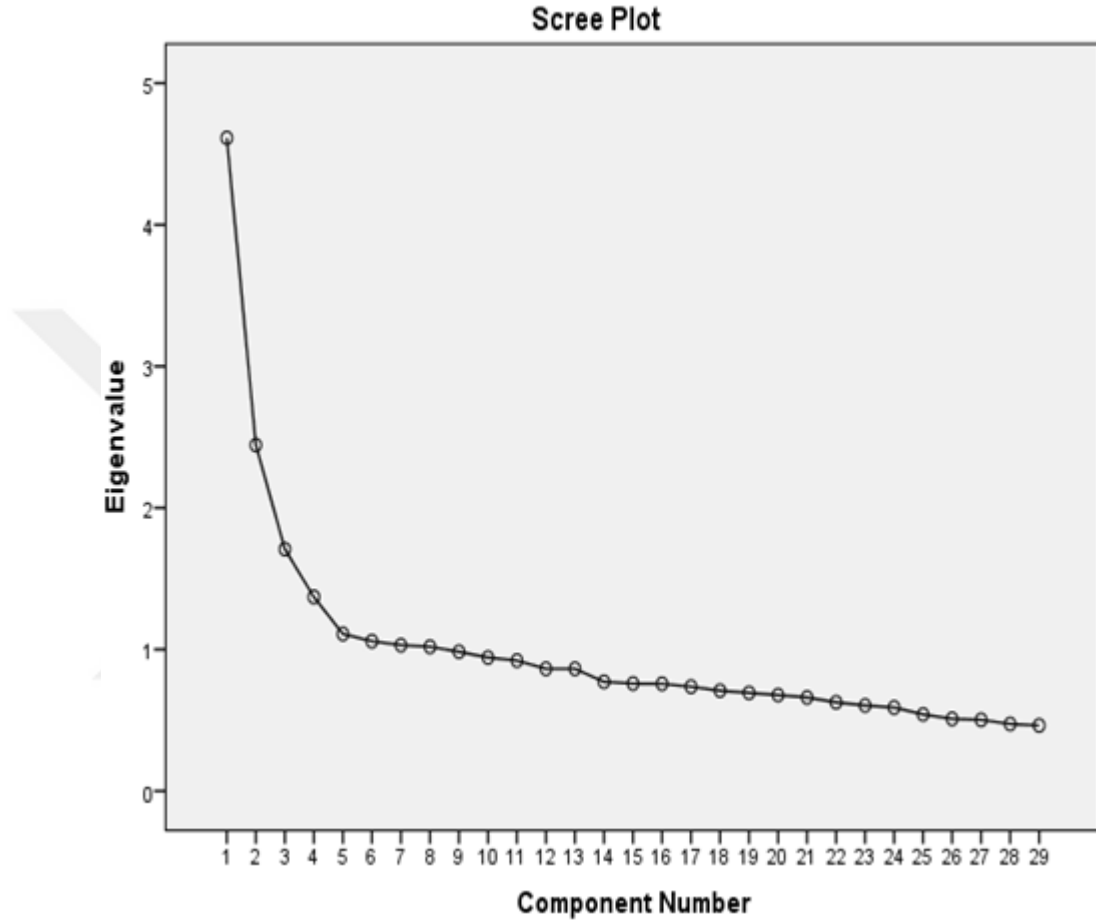
Yapılan ölçümlere göre; KMO katsayısı 1'e yakın olmakla birlikte Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değeri 0,05'ten küçüktür ($p=0,000$). Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değerinin 0,05'ten ($p < 0,05$) küçük olması gerekli koşulu sağlıyor oluşu ve KMO katsayısının 1'e yakın olması veri setinin faktör analizi için tam olarak uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4-8: Toplam açıklanan varyans tablosu

Bileşen	Başlangıç Özdeğerleri			Kareler Toplamı Döndürmesi		
	Toplam	% Varyans	Kümülatif %	Toplam	% Varyans	Kümülatif %
Faktör 1	4,613	15,908	15,908	4,613	15,908	15,908

Faktör 2	2,443	8,426	24,334	2,443	8,426	24,334
Faktör 3	1,708	5,891	30,225	1,708	5,891	30,225
Faktör 4	1,370	4,726	34,950			
Faktör 5	1,109	3,825	38,775			
Faktör 6	1,058	3,648	42,424			
Faktör 7	1,030	3,553	45,976			
Faktör 8	1,018	3,512	49,488			
Faktör 9	0,984	3,392	52,880			
Faktör 10	0,943	3,251	56,131			
Faktör 11	0,921	3,176	59,306			
Faktör 12	0,863	2,977	62,283			
Faktör 13	0,863	2,975	65,259			
Faktör 14	0,772	2,661	67,919			
Faktör 15	0,759	2,617	70,537			
Faktör 16	0,757	2,611	73,148			
Faktör 17	0,737	2,540	75,688			
Faktör 18	0,709	2,444	78,133			
Faktör 19	0,694	2,391	80,524			
Faktör 20	0,677	2,336	82,860			
Faktör 21	0,661	2,279	85,139			
Faktör 22	0,627	2,161	87,300			
Faktör 23	0,604	2,082	89,382			
Faktör 24	0,590	2,033	91,415			
Faktör 25	0,541	1,865	93,280			
Faktör 26	0,509	1,757	95,036			

Faktör 27	0,502	1,732	96,769
Faktör 28	0,474	1,633	98,402
Faktör 29	0,463	1,598	100,000



Şekil 4-1:Scree Plot grafiği (FYA)

Özdeğeri 1’den büyük faktör sayısı sekiz bulunmuştur. Ölçeğin orijinal yapısına uygunluğunun sağlanması için faktör sayısı üç ile sınırlandırılmıştır (Şekil 4.1). Bu üç faktör birlikte, toplam varyansın yaklaşık %30,23’ünü açıklamaktadır (Tablo 4.8). Aşağıda verilen faktör yapısı tablosunda hangi maddenin hangi faktör altında yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4-9: Maddelerin faktörlere göre dağılımı

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Madde 1	0,268		

Madde 2		0,457	
Madde 3	0,431		
Madde 4		0,404	
Madde 5	0,398		
Madde 6			0,446
Madde 7	0,479		
Madde 8		0,511	
Madde 9	0,458		
Madde 10	0,534		
Madde 11	0,539		
Madde 12		0,499	
Madde 13	0,547		
Madde 14		0,395	
Madde 15	0,590		
Madde 16		0,305	
Madde 17	0,425		
Madde 18	0,443		
Madde 19	0,476		
Madde 20	0,480		
Madde 21			0,495
Madde 22		0,463	
Madde 23			0,503
Madde 24			0,431
Madde 25	0,383		
Madde 26	0,559		

Madde 27	0,518
Madde 28	0,447
Madde 29	0,342

Faktör analizi sonucunda FYA Ölçeği'nin 29 maddeden ve üç alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Geleneksel İnançlar alt boyutunun 17 maddeden (1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 28), Ayrımcılık alt boyutunun sekiz maddeden (2, 4, 8, 12, 14, 16, 22, 29) ve Kaçınma alt boyutunun ise dört maddeden (6, 21, 23, 24) oluştuğu görülmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4-10: FYA ölçeği doğrulayıcı faktör analizi için uyum indeksleri

Ki-Kare İstatistiği	Serbestlik Derecesi	Ki-Kare p değeri	RMSEA
1970,33	377	0,000	0,0766

FYA ölçeğinin DFA sonuçlarına göre RMSEA değerinin anlamlı ve 0,10'dan küçük bulunması uyumun iyi olduğunu göstermektedir (Tablo 4.10).

FYA Ölçeği'nin Cut off değerini belirlemek üzere ortalaması 0, standart sapması 0,01 olacak şekilde normal dağılımdan 814 birim türetilmiştir. Türetilen bu yeni değişken kullanılarak sınıf atamaları gerçekleştirilmiştir. Sınıf ortalamalarına göre FYA değerleri küçükten büyüğe sıralanarak Cut-off değeri ve kesim noktası 78 olarak belirlenmiştir. Buna göre; 78 puan ve üzeri ayrımcılığın olduğunu, 77 Puan ve altı ayrımcılığın olmadığını göstermektedir.

4.1.3. FYA Ölçeği İle Sağlık Çalışanlarının Bireysel Ve Mesleki Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4-11: FYA ölçeği ve alt boyutları toplam puanı

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri	Madde Puan Ortalamaları	Toplam Puan Ortalamaları± Standart Sapma	Varyans	Min.	Max.
Geleneksel İnançlar	1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 28	2,62	44,65±9,23	85,216	17	80
Ayrımcılık	2, 4, 8, 12, 14, 16, 22, 29	3,02	24,16±3,04	9,260	13	34

Kaçınma	6, 21, 23, 24	2,29	9,16±2,45	6,021	4	17
FYA			77,97±11,65	135,779	41	116

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; geleneksel inançlar alt boyutundan alınan puan ortalaması 44,65±9,23, ayrımcılık alt boyutundan alınan puan ortalaması 24,16±3,04, kaçınma alt boyutundan alınan puan ortalaması 9,16±2,45, Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı (FYA) ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması 77,97±11,65 varyansı 135,779, range ise 75'tir (Tablo 4.11).

Tablo 4-12:Sağlık çalışanlarının yaşları, aylık çalışma saatleri ve meslekteki toplam çalışma yılları ile FYA ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki

		Geleneksel İnançlar	Ayrımcılık	Kaçınma	FYA
Yaş (n=804)	r	0,013	0,030	-0,124**	-0,005
	p	0,712	0,390	0,000	0,885
Aylık Çalışma Saati (n=781)	r	-0,043	0,038	-0,013	-0,022
	p	0,234	0,288	0,723	0,539
Meslekte Toplam Çalışma Yılı (n=814)	r	0,050	0,034	-0,111*	0,028
	p	0,151	0,332	0,001	0,433

Spearman Korelasyon testi r değeri *p<0,01, **p<0,001

Sağlık çalışanlarının yaşları, aylık çalışma saatleri ve meslekteki toplam çalışma yılları ile FYA ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, kaçınma alt boyutu ile sağlık çalışanlarının yaşları ve meslekte toplam çalışma yılı arasında çok zayıf, negatif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.12).

Tablo 4-13: Sağlık çalışanlarının cinsiyeti ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	t**	p
Geleneksel İnançlar	Kadın	45,42	9,09	4,003	0,000
	Erkek	42,52	9,30		
		Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	Z*	p

Ayrımcılık	Kadın	24 (22-26)	408,58	-0,219	0,827
	Erkek	24 (22-26)	404,53		
Kaçınma	Kadın	9 (8-11)	414,34	-1,392	0,164
	Erkek	9 (7-10)	388,69		
		Ortalama	Standart Sapma	t**	p
FYA	Kadın	78,85	11,47	3,596	0,000
	Erkek	75,55	11,84		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geleneksel inançlar alt boyutu puanı ($p=0,000$) ve FYA ölçeği toplam puanının ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, ayrımcılık alt boyutu puanı ($p=0,827$) ve kaçınma alt boyutu puanının ($p=0,164$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Buna göre, kadınların geleneksel inançlar alt boyut puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu, FYA ölçeği toplam puanına göre kadınların ayrımcılık düzeyi ölçek kesme noktasının üzerinde bulundu (Tablo 4.13).

Tablo 4-14: Sağlık çalışanlarının medeni durumları ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Medeni Durum	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	Z*	p
Geleneksel İnançlar	Evli olanlar	44 (39-51)	410,04	-0,530	0,596
	Evli olmayanlar	44 (38-51)	400,00		
Ayrımcılık	Evli olanlar	24 (22-26)	409,16	-0,349	0,727
	Evli olmayanlar	24 (22-26)	402,59		
Kaçınma	Evli olanlar	8 (7-10)	391,82	-3,306	0,001
	Evli olmayanlar	10 (8-12)	453,79		
		Ortalama	Standart Sapma	t**	p
FYA	Evli olanlar	77,85	11,91	-0,476	0,634

Evli olmayanlar	78,30	10,88
-----------------	-------	-------

*Mann Whitney U Testi **T-test

Sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; kaçınma alt boyutu puanının ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, geleneksel inançlar alt boyutu puanı ($p=0,596$), ayrımcılık alt boyutu puanı ($p=0,727$) ve FYA ölçeği toplam puanının ($p=0,634$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Buna göre, evli olmayan bireylerin kaçınma alt boyutu puanı evli bireylere göre daha yüksek bulundu. Aralarında anlamlı fark olmasa da FYA ölçeği toplam puanına göre evli olmayanların ayrımcılık düzeyi ölçek kesme noktasının üzerinde bulundu (Tablo 4.14).

Tablo 4-15: Sağlık çalışanlarının eğitim durumları ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Ortalama	Standart Sapma	F**	p	İkili Fark
Geleneksel İnançlar	Lise (1)	47,07	8,52	11,123	0,000	
	Önlisans (2)	45,23	9,44			1> 4 ($p=0,002$)
	Lisans (3)	46,18	9,33			2>4 ($p=0,010$)
	Lisansüstü (4)	42,34	8,70			3> 4 ($p=0,000$)
		Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	KW*	p	İkili Fark
Ayrımcılık	Lise	24 (22-26)	380,02	7,424	0,060	
	Önlisans	24 (22-26)	399,22			
	Lisans	25 (22-27)	435,24			
	Lisansüstü	24 (22-26)	388,30			
Kaçınma	Lise (1)	10 (8-12)	487,98	9,474	0,024	1> 4 ($p=0,017$)
	Önlisans (2)	9 (8-10)	420,34			
	Lisans (3)	9 (7-10)	404,65			
	Lisansüstü (4)	8 (7-11)	388,99			

		Ortalama	Standart Sapma	F**	p	İkili Fark
FYA	Lise (1)	81,00	10,19	9,576	0,000	
	Önlisans (2)	78,53	10,99			1>4 (p=0,003)
	Lisans (3)	79,77	11,90			2>4 (p=0,030)
	Lisansüstü (4)	75,29	11,47			3>4 (p=0,000)

*Kruskal Wallis **ANOVA

Sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına göre FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geleneksel inançlar alt boyutu (p=0,000), kaçınma alt boyutu (p=0,024) ve FYA ölçeğinde (p=0,000) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ayrımcılık alt boyutunda ise (p=0,060) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu. Buna göre, lisansüstü mezunu bireylerin geleneksel inançlar alt boyutu puanı, kaçınma alt boyutu puanı ve FYA ölçeği toplam puanı lise mezunu, önlisans mezunu ve lisans mezunu bireylere göre daha düşük bulunurken, FYA ölçeği toplam puanına göre lise mezunu, önlisans mezunu ve lisans mezunu bireylerin ayrımcılık düzeyi ölçek kesme noktasının üzerinde bulundu (Tablo 4.15).

Tablo 4-16: Sağlık çalışanlarının aile tipi ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Aile Tipi	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	Z*	p
Geleneksel İnançlar	Çekirdek Aile	45 (39-52)	412,16	-2,213	0,027
	Geniş Aile	40 (37-47)	336,25		
Ayrımcılık	Çekirdek Aile	24 (22-26)	413,52	-2,870	0,004
	Geniş Aile	23 (20-26)	315,59		
Kaçınma	Çekirdek Aile	9 (7-11)	409,60	-1,008	0,313
	Geniş Aile	8 (7-10)	375,38		
		Ortalama	Standart Sapma	t**	p
FYA	Çekirdek Aile	78,22	11,65	2,379	0,018
	Geniş Aile	74,18	11,16		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Sağlık çalışanlarının aile tipi ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geleneksel inançlar alt boyutu ($p=0,027$), ayrımcılık alt boyutu ($p=0,004$) ve FYA ölçeğinde ($p=0,018$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, kaçınma alt boyutunda ise ($p=0,313$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Buna göre, çekirdek aileye sahip olan bireylerin geleneksel inançlar alt boyutu puanı ve ayrımcılık alt boyutu puanı geniş aileye sahip olay bireylere göre daha yüksek bulunurken, FYA ölçeği toplam puanına göre çekirdek aileye sahip olan bireylerin ayrımcılık düzeyi ölçek kesme noktasının üzerinde bulundu (Tablo 4.16).

Tablo 4-17: Sağlık çalışanlarının hayatlarının bir döneminde ya da halen yaşlılarla yaşama durumu ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Yaşlılarla Yaşadınız mı?	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	Z*	p
Geleneksel İnançlar	Evet	44 (38-51)	399,70	-1,056	0,291
	Hayır	45 (39-52)	417,19		
Ayrımcılık	Evet	24 (22-26)	401,99	-0,749	0,454
	Hayır	24 (22-26)	414,34		
Kaçınma	Evet	9 (7-10)	398,68	-1,206	0,228
	Hayır	9 (8-11)	418,45		
		Ortalama	Standart Sapma	t**	p
FYA	Evet	77,48	11,89	-1,332	0,183
	Hayır	78,57	11,34		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Sağlık çalışanlarının hayatlarının bir döneminde ya da halen yaşlılarla yaşama durumu ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geleneksel inançlar alt boyutu ($p=0,291$), ayrımcılık alt boyutu ($p=0,454$) kaçınma alt boyutu ($p=0,228$) ve FYA ölçeğinde ($p=0,183$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu (Tablo 4.17).

Tablo 4-18: Sağlık çalışanlarının görevi ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Görevi	Ortalama	Standart Sapma	t**	p
Geleneksel İnançlar	Hemşire	45,85	9,15	5,373	0,000
	Hekim	42,21	8,93		
		Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	Z*	p
Ayrımcılık	Hemşire	24 (22-26)	417,32	-1,706	0,088
	Hekim	24 (22-26)	387,60		
	Kaçınma	Hemşire	9 (8-10)	414,31	-1,190
Hekim		8 (7-11)	393,69		
		Ortalama	Standart Sapma	t**	p
FYA	Hemşire	79,33	11,35	4,823	0,000
	Hekim	75,20	11,79		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Sağlık çalışanlarının görevi ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geleneksel inançlar alt boyutu ($p=0,000$) ve FYA ölçeğinde ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ayrımcılık alt boyutu ($p=0,088$) ve kaçınma alt boyutunda ($p=0,234$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Buna göre, hemşirelerin geleneksel inançlar alt boyutu puanı hekimlere göre daha yüksek olup, FYA ölçeği toplam puanına göre hemşirelerin ayrımcılık düzeyi ölçek kesme noktasının üzerinde bulundu (Tablo 4.18).

Tablo 4-19: Sağlık çalışanlarının çalıştığı kurum ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Çalıştığınız kurum	Ortalama	Standart Sapma	t**	p
Geleneksel İnançlar	Devlet Hastanesi	45,60	9,51	4,109	0,000
	Üniversite Hastanesi	42,82	8,40		
		Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	Z*	p

Ayrımcılık	Devlet Hastanesi	25 (22-26)	421,86	-2,434	0,015
	Üniversite Hastanesi	24 (22-26)	379,81		
Kaçınma	Devlet Hastanesi	9 (7-10)	399,03	-1,442	0,149
	Üniversite Hastanesi	9 (7-11)	423,82		
		Ortalama	Standart Sapma	t**	p
FYA	Devlet Hastanesi	79,00	11,90	3,518	0,000
	Üniversite Hastanesi	75,99	10,92		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurum ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geleneksel inançlar alt boyutu ($p=0,000$), ayrımcılık alt boyutu ($p=0,015$) ve FYA ölçeğinde ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, kaçınma alt boyutunda ise ($p=0,149$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Buna göre, devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının geleneksel inançlar alt boyutu puanı ve ayrımcılık alt boyutu puanı üniversite hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarından daha yüksek bulunurken, FYA ölçeği toplam puanına göre devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının ayrımcılık düzeyi ölçek kesme noktasının üzerinde bulundu (Tablo 4.19).

Tablo 4-20:Sağlık çalışanlarının çalıştığı birimler ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının karşılaştırılması

	Çalıştığı Birim	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	KW*	p
Geleneksel İnançlar	Dahili Birimler	45 (39-52)	413,56	5,055	0,168
	Cerrahi Birimler	44 (38-51)	392,41		
	Temel Birimler	45 (39-49)	392,71		
	Belirtmemiş	49 (41-56)	487,67		
Ayrımcılık	Dahili Birimler	24 (22-26)	404,54	0,283	0,963
	Cerrahi Birimler	25 (22-26)	412,72		
	Temel Birimler	24 (22-26)	400,25		

Kaçınma	Belirtmemiş	24 (22-27)	399,17	3,946	0,267
	Dahili Birimler	9 (7-10)	395,53		
	Cerrahi Birimler	9 (7-11)	417,71		
	Temel Birimler	9 (8-1)	432,50		
FYA	Belirtmemiş	9 (8-12)	468,14	3,192	0,363
	Dahili Birimler	78 (70-86)	408,19		
	Cerrahi Birimler	77 (70-86)	400,25		
	Temel Birimler	80 (69-83)	398,71		
	Belirtmemiş	81 (73-92)	481,34		

*Kruskal Wallis

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birim ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geleneksel inançlar alt boyutu ($p=0,168$), ayrımcılık alt boyutu ($p=0,963$), kaçınma alt boyutu ($p=0,267$) ve FYA ölçeğinde ($p=0,363$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4.20).

Tablo 4-21:Sağlık çalışanlarının çalışma şekli ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Çalışma Şekli	Ortalama	Standart Sapma	t**	p
Geleneksel İnançlar	Nöbetli	45,4277	9,36894	-3,109	0,002
	Nöbetsiz	43,3657	8,86875		
	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	Z*	P	
Ayrımcılık	Nöbetli	24 (22-26)	415,01	-1,172	0,241
	Nöbetsiz	24 (22-26)	395,22		
Kaçınma	Nöbetli	9 (8-11)	421,89	-2,258	0,024
	Nöbetsiz	8 (7-10)	383,98		
	Ortalama	Standart Sapma	t**	P	
FYA	Nöbetli	78,9921	11,84891	-3,228	0,001
	Nöbetsiz	76,2913	11,14104		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Sağlık çalışanlarının çalışma şekli ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geleneksel inançlar alt boyutu ($p=0,002$), kaçınma alt boyutu ($p=0,024$) ve FYA ölçeğinde ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ayrımcılık alt boyutunda ($p=0,241$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Buna göre, nöbetli çalışan sağlık çalışanlarının geleneksel inançlar alt boyutu puanı ve kaçınma alt boyutu puanı nöbetsiz çalışanlara göre daha yüksek bulunurken, FYA ölçeği toplam puanına göre nöbetli çalışan sağlık çalışanlarının ayrımcılık düzeyi ölçek kesme noktasının üzerinde bulundu (Tablo 4.21).

Tablo 4-22: Sağlık çalışanlarının işlerinden memnuniyet durumları ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	İşinizden memnunuz?	Ortalama	Standart Sapma	t**	p
Geleneksel İnançlar	Evet	43,90	9,17	-4,031	0,000
	Hayır	46,89	9,08		
		Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	Z*	p
Ayrımcılık	Evet	24 (22-26)	397,74	-2,067	0,039
	Hayır	25 (23-26)	436,88		
Kaçınma	Evet	9 (7-10)	400,11	-1,573	0,116
	Hayır	9 (8-11)	429,74		
		Ortalama	Standart Sapma	t**	p
FYA	Evet	77,01	11,61	-4,112	0,000
	Hayır	80,85	11,31		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Sağlık çalışanlarının işlerinden memnuniyet durumları ile FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geleneksel inançlar alt boyutu ($p=0,000$), ayrımcılık alt boyutu ($p=0,039$) ve FYA ölçeğinde ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, kaçınma alt boyutunda ($p=0,116$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Buna göre, işlerinden memnun olmayan sağlık çalışanlarının

geleneksel inançlar alt boyutu puanı ile ayrımcılık alt boyutu puanı işlerinden memnun olan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunurken, FYA ölçeği toplam puanına göre işlerinden memnun olmayan sağlık çalışanlarının ayrımcılık düzeyi ölçek kesme noktasının üzerinde bulundu (Tablo 4.22).

4.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan yaşlı bireylerin özellikleri, YASTA ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri ve YASTA ölçeği ile yaşlı bireylerin özelliklerinin değerlendirilmesine yönelik bulgular verildi.

4.2.1. Yaşlı Bireylerin Özellikleri

Araştırma kapsamındaki yaşlıların bireysel özellikleri Tablo 4.23'te verilmiştir.

Tablo 4-23: Yaşlıların bireysel özellikleri

		Ort	ss
Yaş		71,96	6,54
		n	%
Cinsiyetiniz	Kadın	117	38,9
	Erkek	184	61,1
	Okur-yazar	19	6,3
	İlkokul Mezunu	170	56,5
Eğitim Durumunuz	Ortaokul Mezunu	36	12,0
	Lise Mezunu	37	12,3
	Üniversite Mezunu	39	13,0
	Evli	199	66,1
Medeni Durumunuz	Evli Değilim	102	33,9
	Emekli	277	92,0
Çalışıyor musunuz?	Halen Çalışıyor	24	8,0
	Açlık Sınırının Altında	122	40,5
Gelir Durumunuz	Açlık Sınırının Üstünde-Yoksulluk	179	59,5

28	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1
29	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1
30	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
31	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
32	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
33	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
34	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
35	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
36	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
37	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
38	X	X	-	-	X	X	X	-	X	X	X	-	0,67
39	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
40	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67
41	X	X	X	X	-	X	X	X	X	-	-	-	0,67
42	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X	-	0,67

YASTA ölçeği taslak maddelerinin kapsam geçerlik analizine göre (Content Validity Index CVI) CVI değeri 0,80 ve altında olan 13 madde ölçekten çıkarılmıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4-25:KMO ve Bartlett testi

KMO		0,886
	Ki kare	3892,306
Bartlett Küresellik Testi	Sd	406
	p	0,000

p<0,05=normal dağılmıyor; p>0,05=normal dağılıyor

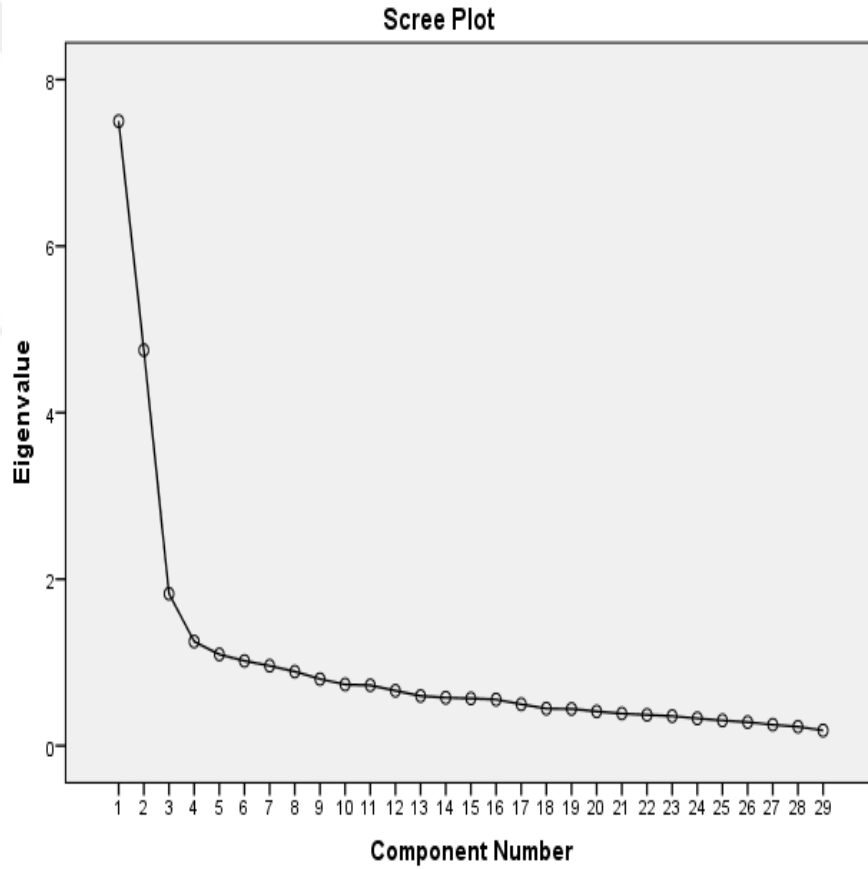
Yapılan ölçümlere göre; KMO katsayısı 1'e yakın olmakla birlikte Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değeri 0,05'ten küçüktür (p=0,000). Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değerinin 0,05'ten (p<0,05) küçük olması gerekli koşulu sağlıyor oluşu ve

KMO katsayısının 1'e yakın olması veri setinin faktör analizi için tam olarak uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.25).

Tablo 4-26: Toplam açıklanan varyans tablosu

Bileşen	Başlangıç Özdeğerleri			Kareler Toplamı Döndürmesi		
	Toplam	% Varyans	Kümülatif %	Toplam	% Varyans	Kümülatif %
Faktör 1	7,501	25,866	25,866	6,998	24,132	24,132
Faktör 2	4,751	16,383	42,250	5,254	18,118	42,250
Faktör 3	1,825	6,294	48,544			
Faktör 4	1,251	4,315	52,859			
Faktör 5	1,097	3,781	56,640			
Faktör 6	1,019	3,513	60,153			
Faktör 7	0,960	3,310	63,463			
Faktör 8	0,890	3,069	66,532			
Faktör 9	0,801	2,761	69,293			
Faktör 10	0,735	2,535	71,828			
Faktör 11	0,726	2,503	74,331			
Faktör 12	0,661	2,278	76,609			
Faktör 13	0,598	2,061	78,670			
Faktör 14	0,577	1,990	80,660			
Faktör 15	0,567	1,954	82,615			
Faktör 16	0,555	1,914	84,529			
Faktör 17	0,498	1,716	86,245			
Faktör 18	0,446	1,537	87,781			
Faktör 19	0,442	1,524	89,305			
Faktör 20	0,412	1,419	90,725			
Faktör 21	0,386	1,331	92,056			

Faktör 22	0,370	1,275	93,331
Faktör 23	0,356	1,227	94,558
Faktör 24	0,328	1,132	95,689
Faktör 25	0,304	1,048	96,737
Faktör 26	0,283	0,975	97,711
Faktör 27	0,252	0,869	98,581
Faktör 28	0,229	0,789	99,369
Faktör 29	0,183	0,631	100,000



Şekil 4-2: Scree Plot grafiği (YASTA)

Özdeğeri 1'den büyük faktör sayısı altı bulundu. Ölçeğin uygunluğunun sağlanması için faktör sayısı iki ile sınırlandırıldı (Şekil 4.2). Bu iki faktör birlikte, toplam varyansın yaklaşık %42,25'ini açıklamaktadır (Tablo 4.26). Aşağıda verilen

faktör yapısı tablosunda maddelerin faktörlere göre aldıkları yükler görülmektedir (Tablo 4.27).

Tablo 4-27:Maddelerin faktörlere göre dağılımı

	Faktör 1	Faktör 2
Madde 1	0,534	
Madde 2	0,640	
Madde 3		0,533
Madde 4		0,602
Madde 5	0,664	
Madde 6	0,651	
Madde 7		0,436
Madde 8	0,674	
Madde 9		0,540
Madde 10	0,616	
Madde 11		0,592
Madde 12	0,757	
Madde 13		0,650
Madde 14	0,660	
Madde 15	0,627	
Madde 16		0,605
Madde 17	0,788	
Madde 18		0,670
Madde 19	0,757	
Madde 20		0,642
Madde 21	0,655	
Madde 22		0,654

Madde 23	0,521
Madde 24	0,629
Madde 25	0,611
Madde 26	0,625
Madde 27	0,544
Madde 28	0,719
Madde 29	0,631

Faktör analizi sonucunda YASTA Ölçeği'nin 29 maddeden ve iki alt boyuttan oluştuğu saptandı. Buna göre; Faktör 1'de 1., 2., 5., 6., 8., 10., 12., 14., 15., 17., 19., 21., 25., 27. ve 28. maddeler olup “pozitif algı” olarak adlandırıldı; Faktör 2’de 3., 4., 7., 9., 11., 13., 16., 18., 20., 22., 23., 24., 26. ve 29. maddeler olup “negatif algı” olarak adlandırıldı (Tablo 4.27).

Tablo 4-28: YASTA ölçeği doğrulayıcı faktör analizi için uyum indeksleri

Ki-Kare İstatistiği	Serbestlik Derecesi	Ki-Kare p değeri	RMSEA
726,717	202	0,000	0,0949

YASTA Ölçeğinin DFA sonuçlarına göre RMSEA değerinin anlamlı ve 0,10'dan küçük bulunması uyumun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.28).

YASTA Ölçeği'nin Cut off değerini belirlemek üzere ortalaması 0, standart sapması 0,01 olacak şekilde normal dağılımdan 301 birim türetilmiştir. Türetilen bu yeni değişken kullanılarak sınıf atamaları gerçekleştirilmiştir. Sınıf ortalamalarına göre YASTA Ölçeği'nin değerleri küçükten büyüğe sıralanarak Cut-off değeri ve kesim noktası 1610 olarak belirlenmiştir. Buna göre; 1610 puan ve altı ayrımcılık algısının olduğunu, 1610 puanın üstü ayrımcılık algısının olmadığını göstermektedir.

Tablo 4-29:YASTA ölçeğinin cronbach alpha değeri

Cronbach Alpha Değeri	Madde sayısı
0,825	29

Tablo 4-30: YASTA ölçeğinin iki yarı güvenilirlik değerleri

Cronbach Alfa Değeri	Birinci yarı	Değer	0,717
		Madde sayısı	15 ^a
	İkinci yarı	Değer	0,679
		Madde sayısı	14 ^b
Toplam madde sayısı		29	
İki yarı arasındaki korelasyon			0,718
Spearman-Brown katsayısı	Eşit uzunluk		0,836
	Eşit olmayan uzunluk		0,836
Guttman Split-Half katsayısı			0,834

a.Maddeler: Madde 1, Madde 2, Madde 3, Madde 4, Madde 5, Madde 6, Madde7, Madde 8, Madde 9, Madde 10, Madde 11, Madde 12, Madde 13, Madde 14, Madde 15.

b.Maddeler: Madde 16, Madde 17, Madde 18, Madde 19, Madde 20, Madde 21, Madde 22, Madde 23, Madde 24, Madde 25, Madde 26, Madde 27, Madde 28, Madde 29.

Güvenilirlik iç tutarlılık ve yarıya bölme yöntemi ile belirlenmiştir. YASTA Ölçeği'nin cronbach α katsayısı, 0,825 bulunmuştur, bu da iç tutarlılığın yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 4.29, Tablo 4.30).

Tablo 4-31: YASTA ölçeğinin cronbach alfa analizleri

Madde No	Düzeltilmiş Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı
Madde 1	0,265	0,823
Madde 2	0,398	0,818
Madde 3	0,357	0,819
Madde 4	0,259	0,823
Madde 5	0,370	0,819
Madde 6	0,301	0,821
Madde 7	0,474	0,815
Madde 8	0,294	0,822

Madde 9	0,458	0,816
Madde 10	0,192	0,826
Madde 11	0,430	0,817
Madde 12	0,160	0,826
Madde 13	0,373	0,819
Madde 14	0,278	0,822
Madde 15	0,490	0,814
Madde 16	0,234	0,824
Madde 17	0,386	0,818
Madde 18	0,110	0,828
Madde 19	0,364	0,819
Madde 20	0,210	0,825
Madde 21	0,400	0,818
Madde 22	0,396	0,818
Madde 23	0,425	0,817
Madde 24	0,311	0,821
Madde 25	0,418	0,817
Madde 26	0,275	0,822
Madde 27	0,422	0,817
Madde 28	0,425	0,817
Madde 29	0,403	0,818

YASTA ölçeğinin düşük toplam puan korelasyonuna sahip olan maddeleri dışlandığında, ölçeğin toplam Cronbach α değerini etkilemediği görüldüğünden herhangi bir madde çıkarılmamıştır (Tablo 4.31).

4.2.3. YASTA Ölçeği İle Yaşlı Bireylerin Özelliklerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular

Tablo 4-32:YASTA ölçeği ve alt boyut puanları

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri	Toplam Puan Ortalaması±Standart Sapma	Madde Puan Ortalaması	Varyans	Min.	Max.
Pozitif Algı	1., 2., 5., 6., 8., 10., 12., 14., 15., 17., 19., 21., 25., 27. ve 28.	908,42±311,21	60,56	96850,085	15	1500
Negatif Algı	3., 4., 7., 9., 11., 13., 16., 18., 20., 22., 23., 24., 26. ve 29.	729,42±267,76	52,10	71693,411	100	1360
YASTA		1637,84	441,14	194601,821	220	2530

YASTA Ölçeği'nin ortalama puanı 1637,84±441,14, varyansı 194601,821'dir (Tablo 4.32).

Tablo 4-33:Yaşlı bireylerin YASTA ölçeği ve alt boyutlarından hemşireler ve hekimlere göre aldıkları puanların karşılaştırılması

		Ort	ss	min	max
Hemşire	Pozitif Algı	897,92	311,08	15	1500
	Negatif Algı	661,33	268,99	40	1300
	YASTA	1559,25	373,51	505	2630
Hekim	Pozitif Algı	918,75	316,61	15	1500
	Negatif Algı	679,65	268,94	40	1300
	YASTA	1598,41	389,79	505	2630

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin hekim ve hemşireleri değerlendirdikleri YASTA Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; pozitif algı alt boyutundan alınan puan ortalaması hemşireler için 897,92±311,08, hekimler için

918,75±316,61, negatif algı alt boyutundan alınan puan ortalaması hemşireler için 661,33±268,99, hekimler için 679,65±268,94, YASTA ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması hemşireler için 1559,25±373,51, hekimler için 1598,41±389,79 bulundu. Buna göre, yaşlı bireylerin hemşirelerin ve hekimlerin tutumlarından negatif yönde ayrımcılık algıladıkları belirlendi (Tablo 4.33).

Tablo 4-34:Yaşlı bireylerin yaşları ile YASTA ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki

		Pozitif Algı Hemşire	Pozitif Algı Hekim	Negatif Algı Hemşire	Negatif Algı Hekim	YASTA Hemşire	YASTA Hekim
Yaş	r	0,084	0,112	-0,120	-0,118	0,001	0,022
	p	0,145	0,053	0,038	0,040	0,985	0,704

Spearman Korelasyon testi r değeri *p<0,05

Yaşlı bireylerin yaşları ile YASTA Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşlı bireylerin yaşları ile hemşire ve hekimlere yönelik Negatif Algı alt boyutu arasında çok zayıf , negatif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.34).

Tablo 4-35:Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

		Cinsiyet	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
Pozitif Algı	Hemşire	Erkek (1)	925 (750-1110)	149,51	-0,372	0,710
		Kadın (2)	920 (700-1160)	153,34		
	Hekim	Erkek (1)	955 (740-1154)	152,03	-0,258	0,796
		Kadın (2)	920 (790-1140)	149,38		
Negatif Algı	Hemşire	Erkek (1)	650 (463-820)	146,84	-1,041	0,298
		Kadın (2)	670	157,55		

		(455-915)			
YASTA	Hekim	Erkek (1)	695 (500-840)	146,76	-1,061 0,289
		Kadın (2)	700 (485-920)	157,67	
	Hemşire	Erkek (1)	1510 (1283-1738)	148,40	-0,650 0,516
		Kadın (2)	1500 (1320-1775)	155,09	
	Hekim	Erkek (1)	1600 (1310-1845)	149,44	-0,390 0,697
		Kadın (2)	1520 (1335-1825)	153,45	

*Mann Whitney U Testi

Hemşireleri değerlendiren yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu ($p=0,710$), negatif algı alt boyutu ($p=0,298$) ve YASTA ölçeğinde ($p=0,516$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu (Tablo 4.35). Hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu ($p=0,796$), negatif algı alt boyutu ($p=0,289$) ve YASTA ölçeğinde ($p=0,697$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4.35).

Tablo 4-36: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin medeni durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

		Medeni Durum	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
Pozitif Algı	Hemşire	Evli (1)	920 (750-1110)	149,73	-0,353	0,724
		Bekar (2)	940 (745-1158)	153,47		
	Hekim	Evli (1)	940	149,33	-0,465	0,642
		Bekar (2)	940	149,33		

		(740-1140)				
		Bekar (2)	950 (750-1158)	154,26		
			Ortalama	Standart Sapma	t**	
					p	
Negatif Algı	Hemşire	Evli (1)	652,86	272,58	-0,762	0,447
		Bekar (2)	677,84	262,39		
	Hekim	Evli (1)	669,05	273,32	-0,956	0,340
		Bekar (2)	700,34	260,25		
			Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
YASTA	Hemşire	Evli (1)	1510 (1270-1740)	148,82	-0,608	0,543
		Bekar (2)	1500 (1320-1780)	155,26		
	Hekim		Ortalama	Standart Sapma	t**	p
		Evli (1)	1585,15	402,63		
		Bekar (2)	1624,27	363,97	-0,824	0,411

*Mann Whitney U Testi **T-test

Hemşireleri değerlendiren yaşlı bireylerin medeni durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,724$), negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,447$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,543$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu (Tablo 4.36). Hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin medeni durumuna göre YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,642$), negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,340$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,411$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu (Tablo 4.36).

Tablo 4-37: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin eğitim durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	X ^{2*}	p	İkili Fark
Pozitif Algı	Okur-yazar (1)	910 (780-1370)	171,11	10,579	0,032	2>4 (p=0,005)
	İlkokul Mezunu (2)	950 (758-1150)	160,06			
	Hemşire Ortaokul Mezunu (3)	890 (725-1155)	152,15			
	Lise Mezunu (4)	810 (520-980)	114,86			
	Üniversite Mezunu (5)	870 (750-1060)	134,91			
	Okur-yazar (1)	1090 (900-1370)	198,50	14,428	0,006	1>2 (p=0,041)
	İlkokul Mezunu (2)	960 (790-1170)	157,89			1>4 (p=0,006)
	Hekim Ortaokul Mezunu (3)	1000 (698-1180)	151,64			1>5 (p=0,003)
	Lise Mezunu (4)	860 (520-1030)	120,91			2>4 (p=0,021)
	Üniversite Mezunu (5)	870 (730-1060)	125,78			2>5 (p=0,027)
		Ortalama	Standart Sapma	F**	p	
Negatif Algı	Hemşire Okur-yazar (1)	766,05	260,93	2,112	0,079	
	İlkokul Mezunu (2)	678,97	262,34			

YASTA	Hekim	Ortaokul Mezunu (3)	626,11	268,71	2,808	0,026	1>5 (p=0,006) 2>5 (p=0,011)
		Lise Mezunu (4)	652,16	258,35			
		Üniversite Mezunu (5)	574,62	295,47			
		Okur-yazar (1)	802,90	252,87			
		İlkokul Mezunu (2)	698,50	258,19			
	Hemşire	Ortaokul Mezunu (3)	657,36	276,59	16,792	0,002	1>4 (p=0,007) 1>5 (p=0,003) 2>4 (p=0,005) 2>5 (p=0,016) 3>4 (p=0,045)
		Lise Mezunu (4)	659,73	262,94			
		Üniversite Mezunu (5)	576,92	295,65			
		Okur-yazar (1)	1690 (1355-1980)	188,66			
		İlkokul Mezunu (2)	1525 (1355-1870)	161,35			
YASTA	Hekim	Ortaokul Mezunu (3)	1540 (1353-1723)	150,78	22,435	0,000	1>2 (p=0,016) 1>3 (p=0,010) 1>4
		Lise Mezunu (4)	1370 (1138-1588)	113,30			
		Üniversite Mezunu (5)	1500 (1190-1650)	123,53			
		Okur-yazar (1)	1870 (1670-2085)	211,05			
		İlkokul Mezunu (2)	1615 (1370-1900)	159,85			

Ortaokul Mezunu (3)	1580 (1320-1818)	149,08	(p=0,001) 1>5 (p=0,000)
Lise Mezunu (4)	1370 (1138-1740)	119,97	2>4 (p=0,013) 2>5 (p=0,004)
Üniversite Mezunu (5)	1500 (1180-1650)	114,37	3>5 (p=0,041)

*Kruskal Wallis **ANOVA

Hemşireleri değerlendiren yaşlı bireylerin eğitim durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,032$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,079$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Buna göre, sıra ortalamaları dikkate alındığında ilkokul mezunu yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanı, lise mezunu yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanına göre, okur-yazar olan yaşlı bireylerin YASTA puanı lise mezunu ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre, ilkokul mezunu olan yaşlı bireylerin YASTA puanı lise mezunu ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre, ortaokul mezunu olan yaşlı bireylerin YASTA puanı lise mezunu olan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre yüksek bulunurken, YASTA ölçeği toplam puanına göre okur-yazar olan yaşlı bireylerin hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algılamadığı, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu (Tablo 4.37). Hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,006$), negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,026$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu. Buna göre, sıra ortalamaları ve ortalamaları dikkate alındığında okur-yazar olan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanı ilkokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanına göre ve ilkokul mezunu olan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanı lise mezunu ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanına göre yüksek, okur-yazar ve ilkokul mezunu olan bireylerin negatif algı alt boyutu puanı üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanına göre yüksek, okur-yazar olan yaşlı bireylerin YASTA

puanı ilkököl mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre, ilkököl mezunu olan bireylerin YASTA puanı lise mezunu ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre, ortaokul mezunu olan yaşlı bireylerin YASTA puanı üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre yüksek bulunurken, YASTA ölçeği toplam puanına göre okur-yazar ve ilkököl mezunu olan yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algılamadığı, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu (Tablo 4.37).

Tablo 4-38: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin çalışma durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

		Çalışma Durumu	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
Pozitif Algı	Hemşire	Çalışıyor (1)	975 (750-1210)	164,92	-0,817	0,414
		Emekli (2)	910 (735-1120)	149,79		
	Hekim	Çalışıyor (1)	965 (750-1210)	159,81	-0,517	0,605
		Emekli (2)	940 (750-1140)	150,24		
Negatif Algı	Hemşire	Çalışıyor (1)	740 (550-850)	174,06	-1,353	0,176
		Emekli (2)	650 (460-835)	149,00		
	Hekim		Ortalama	Standart Sapma	t**	p
		Çalışıyor (1)	738,54	225,91	-1,119	0,264
Emekli (2)		674,55	272,09			
			Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
YASTA	Hemşire	Çalışıyor (1)	1545	174,29	-1,367	0,172

		(1370-1825)			
	Emekli (2)	1510 (1285-1745)	148,98		
	Çalışıyor (1)	1545 (1370-1970)	166,33		
Hekim				-0,900	0,368
	Emekli (2)	1590 (1300-1820)	149,67		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Hemşireleri değerlendiren yaşlı bireylerin çalışma durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,414$), negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,176$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,172$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu (Tablo 4.38). Hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin çalışma durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,605$), negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,264$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,368$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu (Tablo 4.38).

Tablo 4-39: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin gelir durumu ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

		Gelir Durumu	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
	Hemşire	Açlık sınırının altı (1)	940 (780-1227)	167,24		
		Açlık sınırının üstü (2)	890 (720-1070)	139,93	-2,673	0,008
Pozitif Algı		Açlık sınırının altı (1)	995 (790-1226)	166,83		
	Hekim	Açlık sınırının üstü (2)	930 (720-1120)	140,21	-2,605	0,009
Negatif Algı	Hemşire	Açlık sınırının altı (1)	650 (460-840)	149,55	-0,239	0,811

YASTA		Açlık sınırının üstü (2)	680 (460-840)	151,99		
		Açlık sınırının altı (1)	700 (503-850)	151,93		
	Hekim				-0,153	0,878
		Açlık sınırının üstü (2)	690 (490-870)	150,37		
		Açlık sınırının altı (1)	1515 (1359-1885)	162,49		
	Hemşire				-1,891	0,059
		Açlık sınırının üstü (2)	1500 (1280-1710)	143,17		
		Açlık sınırının altı (1)	1660 (1368-1905)	164,25		
	Hekim				-2,181	0,029
		Açlık sınırının üstü (2)	1520 (1280-1790)	141,97		

*Mann Whitney U Testi

Hemşireleri değerlendiren yaşlı bireylerin gelir durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,008$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,811$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,059$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Buna göre, sıra ortalamaları dikkate alındığında gelir durumu açlık sınırının altında olan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanı, gelir durumu açlık sınırının üstünde olan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanına göre yüksek bulundu (Tablo 4.39). Hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin gelir durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,009$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,029$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,878$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Buna göre, sıra ortalamaları dikkate alındığında gelir durumu açlık sınırının altında olan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanı, gelir durumu açlık sınırının üstünde olan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanına göre yüksek, gelir durumu açlık sınırının altında olan yaşlı bireylerin YASTA puanı gelir durumu açlık sınırının üstünde olan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre yüksek bulunurken, YASTA ölçeği toplam puanına göre gelir

durumu açlık sınırının altında olan yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algılamadığı, gelir durumu açlık sınırının üzerinde olan yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu (Tablo 4.39).

Tablo 4-40: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin herhangi bir hastalık varlığı ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

		Herhangi bir hastalık varlığı	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
Pozitif Algı	Hemşire	Var (1)	925 (738-1123)	150,70	-0,082	0,935
		Yok (2)	920 (750-1140)	151,55		
	Hekim	Var (1)	950 (738-1170)	153,39	-0,641	0,521
		Yok (2)	940 (750-1140)	146,67		
			Ortalama	Standart Sapma	t**	p
	Negatif Algı	Hemşire	Var (1)	699,02	275,40	3,328
Yok (2)			592,99	243,65		
Hekim		Var (1)	717,68	276,35	3,360	0,001
		Yok (2)	610,70	241,25		
		Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p	
YASTA	Hemşire	Var (1)	1535 (1335-1815)	157,97	-1,871	0,061
		Yok (2)	1460 (1270-1670)	138,36		
	Hekim	Var (1)	1650 (1366-1910)	159,41	-2,258	0,024
		Yok (2)	1490	135,75		

(1280-1720)

*Mann Whitney U Testi **T-test

Hemşireleri değerlendiren yaşlı bireylerin herhangi bir hastalık varlığı ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,935$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,061$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Buna göre, ortalamaları dikkate alındığında herhangi bir hastalığı olan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanı, herhangi bir hastalığı olmayan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanına göre yüksek bulundu (Tablo 4.40). Hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin herhangi bir hastalık varlığı ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,001$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,024$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,521$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Buna göre, ortalamaları dikkate alındığında herhangi bir hastalığı olan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanı, herhangi bir hastalığı olmayan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanına göre yüksek, herhangi bir hastalığı olan yaşlı bireylerin YASTA puanı, herhangi bir hastalığı olmayan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre yüksek bulunurken, YASTA ölçeği toplam puanına göre herhangi bir hastalığı olan yaşlı bireylerin yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algılamadığı, herhangi bir hastalığı olmayan yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu (Tablo 4.40).

Tablo 4-41: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin ölümden korkma durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

		Ölümden korkar mısın?	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
Pozitif Algı	Hemşire	Evet (1)	950 (803- 1160)	168,08	-2,048	0,041
		Hayır (2)	890 (720- 1110)	144,82		

Negatif Algi	Hekim	Evet (1)	960 (770- 1170)	162,53	-1,382	0,167
		Hayır (2)	940 (740- 1135)	146,83		
			Ortalama	Standart Sapma	t**	p
	Hemşire	Evet (1)	664,56	257,36	0,125	0,900
		Hayır (2)	660,16	273,64		
	Hekim	Evet (1)	689,69	259,01	0,389	0,698
		Hayır (2)	676,02	272,92		
			Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
	Hemşire	Evet (1)	1595 (1360-1900)	168,74	-2,127	0,033
		Hayır (2)	1480 (1285-1715)	144,58		
YASTA	Hekim	Evet (1)	1680 (1370-1900)	165,91	-1,789	0,074
		Hayır (2)	1520 (1310-1790)	145,60		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Hemşireleri değerlendiren yaşlı bireylerin ölümden korkma durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,900$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği, pozitif algı alt boyutu puanı ($p=0,041$) ve YASTA ölçeği toplam puanında ($p=0,033$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Buna göre sıra ortalaması dikkate alındığında ölümden korkan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanı ölümden korkmayan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanına göre yüksek, ölümden korkan yaşlı bireylerin YASTA puanı ölümden korkmayan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre yüksek bulunurken, YASTA ölçeği toplam puanına göre ölümden korkan ve

korkmayan yaşlı bireylerin hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu (Tablo 4.41). Hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin ölümden korkma durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,167$), negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,698$), ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,074$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu (Tablo 4.41).

Tablo 4-42: Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

		Sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme durumu	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p	
Pozitif Algı	Hemşire	Evet (1)	930 (750-1130)	154,56	-1,716	0,086	
		Hayır (2)	805 (705-1020)	130,20			
	Hekim	Evet (1)	950 (770- 1168)	154,80	-1,830	0,067	
		Hayır (2)	810 (705-1063)	128,82			
Negatif Algı	Hemşire	Evet (1)	680 (480-850)	158,08	-3,410	0,001	
		Hayır (2)	545 (353-695)	109,66			
				Ortalama	Standart Sapma	t**	p
	YASTA	Hekim	Evet (1)	697,51	266,24	2,816	0,005
Hayır (2)			575,34	263,73			
			Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p	
YASTA	Hemşire	Evet (1)	1560 (1340-1810)	158,60	-3,662	0,000	

	Hayır (2)	1350 (1238-1460)	106,60		
	Evet (1)	1640 (1353-1880)	157,65		
Hekim				-3,203	0,001
	Hayır (2)	1370 (1239-1588)	112,17		

*Mann Whitney U Testi **T-test

Hemşireleri değerlendiren yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,086$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği, negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,001$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,000$) bulundu. Buna göre sıra ortalaması dikkate alındığında sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilen yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanı sağlık hizmetlerine kolayca ulaşamayan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanına göre yüksek, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilen yaşlı bireylerin YASTA puanı sağlık hizmetlerine kolayca ulaşamayan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre yüksek bulunurken, YASTA ölçeği toplam puanına göre sağlık hizmetlerine kolayca ulaşamayan yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilen yaşlı bireylere göre daha fazla hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu (Tablo 4.42). Hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmelerine göre YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,067$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği, negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,005$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,001$) bulundu. Buna göre sıra ortalaması dikkate alındığında sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilen yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanı sağlık hizmetlerine kolayca ulaşamayan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanına göre yüksek, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilen yaşlı bireylerin YASTA puanı sağlık hizmetlerine kolayca ulaşamayan yaşlı bireylerin YASTA puanına göre yüksek bulunurken, YASTA ölçeği toplam puanına göre sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilen yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algılamadığı, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşamayan yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu (Tablo 4.42).

Tablo 4-43: Yaşlı bireylerin hemşireler ve hekimler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılma durumları ile YASTA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Ayrımcılığa maruz bırakıldınız mı?	Medyan (Q1-Q3)	Sıra Ortalaması	z*	p
Pozitif Algı	Hemşire	Evet (1)	700 (670- 1155)	114,88	-1,972 0,049
		Hayır (2)	930 (750-1128)	153,71	
	Hekim	Evet (1)	940 (745-1160)	142,71	-,452 0,651
		Hayır (2)	950 (750-1150)	151,62	
Negatif Algı	Hemşire	Evet (1)	700 (553-1115)	195,62	-2,436 0,015
		Hayır (2)	650 (450-830)	147,65	
	Hekim	Evet (1)	890 (613- 1115)	202,74	-2,825 0,005
		Hayır (2)	690 (480- 848)	147,12	
YASTA	Hemşire	Evet (1)	1450 (1240-1930)	149,50	-0,082 0,935
		Hayır (2)	1510 (1320-1740)	151,11	
	Hekim	Evet (1)	1765 (1390-1925)	178,40	-1,496 0,135
		Hayır (2)	1545 (1310- 1820)	148,94	

*Mann Whitney U Testi

Yaşlı bireylerin hemşireler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılma durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,935$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği, pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,049$) ve negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,015$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu. Buna göre sıra ortalamaları dikkate alındığında hemşireler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılmayan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanı hemşireler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılan yaşlı bireylerin pozitif algı alt boyutu puanına göre yüksek, hemşireler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanı hemşireler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılmayan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanına göre yüksek bulundu (Tablo 4.43). Yaşlı bireylerin hekimler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılma durumları ile YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,005$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,651$) ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,135$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Buna göre sıra ortalamaları dikkate alındığında hekimler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanı hekimler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılmayan yaşlı bireylerin negatif algı alt boyutu puanına göre yüksek bulundu (Tablo 4.43)

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı düzeyini ve sağlık çalışanlarının tutumlarının yaşlı bireyler tarafından nasıl algılandığını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda iki bölümde tartışıldı.

Birinci bölümde; Sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı ile ilgili bulgularının tartışılması, ikinci bölümde; Sağlık çalışanlarının tutumlarının yaşlı bireyler tarafından nasıl algılandığı ile ilgili bulguların tartışılması yer almaktadır.

5.1. Sağlık Çalışanların Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi İle İlgili Bulgularının Tartışılması

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının; yaş ortalaması $37,96 \pm 9,12$ olup, %73,3'ünün kadın olduğu, %74,7'sinin evli olduğu, %93,9'unun çekirdek aileye sahip olduğu, %38,2'sinin lisans mezunu olduğu, %55,4'ünün 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşadığı bulundu. Naldan ve ark. (2018) 121 sağlık personeli ile yaptığı çalışmaya katılan sağlık personelinin %52,9'u kadın, %47,1'i erkek, %25,6'sının doktor, %74,4'ünün hemşire, %45,5'inin bekar, %55,5'inin evli olduğu, %49,6'sının 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşadığı; Nash ve ark. (2014) 49 hemşire ile yaptığı çalışmaya katılan acil bakım alanında uzmanlaşmış olan 32 hemşirenin (30 kadın, 2 erkek) yaş ortalaması $35,1 \pm 7,4$ olup, yaşlı bakımı alanında uzmanlaşmış olan 17 hemşirenin (16 kadın, 1 erkek) yaş ortalaması $34,0 \pm 5,4$ olduğu belirtilmiştir. Ünal ve ark. (2012) 49 sağlık ve idari personel ile yaptığı çalışmaya katılan personelin %87,8'inin çekirdek aile tipine sahip olup, %57,1'inin yaşamının herhangi bir döneminde aile içinde yaşlı ile birlikte yaşadıklarını görülmektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının; aylık ortalama çalışma saatini $177,63 \pm 43,49$, meslekte ortalama çalışma yılını $15,36 \pm 9,57$ olup, %65,8'inin devlet hastanesinde çalıştığını, %67'sinin hemşire olarak görev yaptığını, %55,3'ünün dahili birimlerde çalıştığını, %62'sinin nöbetli çalıştığını, %75,1'inin işinden memnun olduğunu bulduk. Ünal ve ark. (2012) 49 sağlık ve idari personel ile yaptığı çalışmaya katılan personelin meslekte çalışma süresi ortalaması $12,9 \pm 9,3$ /yıl olup, %79,6'sı geriatri hastanesinde çalışmaktan memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Yaşlılık kavramı sağlık çalışanları için ilk üç sırada hastalık (%63,4), merhamet (%50,5) ve yalnızlık (%49,4); son üç sırada ise fakirlik (%3,3), bağımsızlık (%2,6) ve politik güç (%0,9) çağrıştırmaktadır. Schroyen ve ark. (2016)'nın Onkoloji hemşireleri ile yaptığı çalışmada bağımlılık, özerklik kaybı ve yalnızlık; Naldan ve ark. (2018) sağlık personeli ile yaptığı çalışmada güçsüzlük, hastalık ve zihinsel azalma akla gelen ilk üç kavram olmuştur. Mevcut çalışmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Yaşlılığın “hastalık” olarak algılanmasının; yaşlılık döneminde kronik hastalıklar, kısıtlılık, özürlülük vb. birden çok sağlık sorununun bir arada görülmesinden, yaşlıların sağlık kurumlarına daha fazla başvurmalarından ve daha uzun süre hastanede yatmalarından (Akgün ve ark. 2004); “merhamet” olarak algılanmasının, Türk toplumundaki yaşlı bireye saygı gösterme, yaşlı bireye sahip çıkma gibi geleneksel davranışlardan; “yalnızlık” olarak algılanmasının ise, yaşlılıkta meydana gelen, bireyin toplumsal rollerindeki değişimler, yaşanan stresler, emeklilik, eş kaybı, çocukların evden ayrılması, hastalık, fiziksel gücün zayıflaması, vücut görünümündeki değişimler, duyu kaybı gibi değişimler nedeni ile sosyal izolasyona uğraması ve ikinci plana itilmesinden kaynaklandığı literatürde belirtilmiştir (Arpacı 2005).

FYA ölçeğinin 29 maddelik Türkçe versiyonu için iç tutarlılık ve yarıya bölme yöntemi ile belirlenen güvenirlik analizinde cronbach α katsayısı 0,724 bulunmuştur. Literatürde FYA ölçeği kullanılarak yapılan çalışmaların Cronbach Alfa Değerlerinin 0,71 ile 0,91 arasında değiştiği görülmüştür (Fraboni ve ark. 1990; Popham ve ark. 2011; Kutlu ve ark. 2012; Lassonde ve ark. 2012; Luo ve ark.2013; Gendron ve Lydecker 2016; Pavlovic ve Puric 2016; Kennison ve Byrd-Craven 2018). Bazı çalışmalarda Cronbach Alpha değeri mevcut çalışmadan daha yüksek olmakla birlikte bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte olup güvenilir bir ölçektir.

Özdeğeri 1'den büyük faktör sayısı üç ile sınırlandırılmış olup (Grafik 4.1), bu üç faktör toplam varyansın %30,23'ünü açıklamaktadır (Tablo 4.8). Rupp ve ark. (2005) yaptığı çalışmada bu üç faktörün, toplam varyansın yaklaşık %36,4'ünü açıklaması çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

RMSEA değerinin 0,05'e eşit ya da altındaki değerler iyi uyum, 0,05 ile 0,08 arasında olması yeterli uyum, 0,08 ile 0,10 arasında olması Kabul edilebilir uyum, 0,10'dan büyük olması ise kabul edilemez uyum olarak adlandırılmaktadır (Özdamar

2013). Rupp ve ark. (2005) yaptığı çalışmada RMSEA değeri 0,062 bulunmuştur. Çalışmamızda FYA ölçeğinin DFA sonuçlarına göre RMSEA değeri 0,076 bulundu (Tablo 4.10). Bu durum FYA ölçeğinin yeterli uyuma sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının FYA ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarına bakıldığında; Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $77,97 \pm 11,65$ bulunmuştur. Literatürde hemşirelere yönelik yapılan çalışmalarda FYA ölçeği puanının 51 ile 120 arasında değiştiği (Fraboni ve ark. 1990; Stuart-Hamilton ve Mahoney 2003; Mueller-Johnson ve ark. 2007; Widrick ve Raskin 2010; Lassonde ve ark. 2012; Luo ve ark. 2013; Arun ve Pamuk 2014; Nash ve ark. 2014; Vowels ve Crandall 2014; Kabatova ve ark. 2015; Hughes ve ark. 2016; Pavlovic ve Puric 2016); öğrencilerle yapılan çalışmalarda ise 58 ile 120 arasında değiştiği görülmüştür. Yapılan çalışmaların bazıları çalışmamızla benzerlik gösterirken, bazıları farklılık göstermektedir. Bu farklılığın yöntem ve kültürel özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Sağlık çalışanlarının yaşları, aylık çalışma saatleri ve meslekteki toplam çalışma yılları ile FYA ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, kaçınma alt boyutu ile sağlık çalışanlarının yaşları ($r=-0,124$, $p=0,000$) ve meslekte toplam çalışma yılı ($r=-0,111$, $p=0,001$) arasında çok zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.12). Literatürde sağlık çalışanlarının yaşları ve meslekteki toplam çalışma yılları ile ayrımcılık arasında negatif korelasyon bulguları olduğu kadar (Evers ve ark. 2002; McLafferty ve Morrison 2004; Rupp ve ark. 2005; Griffiths ve Venturato 2011; Leung ve ark. 2011), pozitif korelasyon bulguları (Soderhamn ve ark. 2001, Herdman 2002, Hweidi ve Al-Hassan 2005, Bodner ve ark. 2012; Topaz ve Doron 2013) hatta korelasyon bulunamayan (Reyna ve ark. 2007; Arun ve Pamuk 2014; Schroyen ve ark. 2016) çalışmalar da mevcuttur. Yaş arttıkça ayrımcılığın azalması, yaş ilerledikçe bireylerin olgunlaşıp, yaşlıya ve yaşlılık sürecine daha olumlu bakış açısı geliştirdikleri aynı zamanda yaşlılığa kendilerinin de aday oldukları düşüncesiyle ilgili olabilir. Genç nüfusun yaşlılara yönelik olumlu tutumlarının, ülkemizdeki geleneksel aile yapısı ile alakalı olabileceği, ancak, yaşlı nüfusun artmasının ve değişen sosyal yapının olumsuz yönde değişebileceğini düşündürmektedir. Birbirinden farklı bu bulgular, bu konuda daha derinlemesine analizlere ihtiyaç olduğunu akla getirmektedir. Ayrımcı tutumların artması, yaşlıya hizmet veren kurumların hizmet kalitesini olumsuz

etkilemektedir (Buchan ve Seccombe 2006; Humphries ve ark. 2008; Doherty ve ark. 2011).

Yaşlılara karşı yapılan ayrımcılık ile ilgili birçok çalışmada cinsiyet etkili bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Adelman ve ark. 1991; Lookinland ve Anson 1995; Soderhamn ve ark. 2001; Hweidi ve Al-Hassan 2005; Topaz ve Doron 2013). Çalışmamızda FYA ölçeği toplam puanına göre kadınların ayrımcılık yaptığı bulgusu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$) Literatürdeki bulguların bazılarında bizim çalışmamızda olduğu gibi kadınların ayrımcılık yaptıkları bulunurken (Aosved ve Long 2006; Özkan ve Bayoğlu 2011; Göçer 2012; Luo ve ark.2013; Arun ve Pamuk 2014), bazı çalışmalarda ise erkeklerin kadınlara göre daha fazla ayrımcılık yaptıklarından (Rupp ve ark. 2005; Leung ve ark. 2011; Bodner ve ark. 2012; Allan ve ark. 2014; Vowels ve Crandall 2014; Rajendra 2015; Sapsawangwong 2016) bahsedilmektedir.

Çalışmamızda evli olmayan sağlık çalışanlarının kaçınma alt boyutu puanı evli olan sağlık çalışanlarının kaçınma alt boyutu puanına göre daha yüksek bulunurken ($p=0,001$), FYA ölçeği toplam puanının ($p=0,634$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Rajendra'nın (2015) yaptığı çalışmada evli olan bireylerin evli olmayan bireylere göre daha fazla ayrımcılık yaptığı belirtilmiştir.

Lisansüstü mezunu sağlık çalışanlarının geleneksel inançlar alt boyutu puanı ($p=0,000$), kaçınma alt boyutu puanı ($p=0,024$) ve FYA ölçeği toplam puanı ($p=0,000$) lise mezunu, önlisans mezunu ve lisans mezunu sağlık çalışanlarının göre daha düşük bulunurken, FYA ölçeği toplam puanına göre lise mezunu, önlisans mezunu ve lisans mezunu sağlık çalışanlarının ayrımcılık yaptığı, lisansüstü mezunlarının ayrımcılık yapmadığı bulundu Üniversite mezunu olan bireylerin ayrımcılık yapmadığı (Arun ve Pamuk 2014), eğitim seviyesi arttıkça ayrımcılığın azaldığı (Rajendra 2015) yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Eğitimle birlikte bireyler olgunlaşarak, yaşlı ve yaşlılık dönemine daha bilinçli ve duyarlı yaklaşmaktadır. Bu durum eğitim durumunun yükseldikçe bireylerin daha olumlu tutuma sahip olmalarını açıklamaktadır.

FYA ölçeği toplam puanına göre çekirdek aileye sahip olan sağlık çalışanlarının ayrımcılık yaptığı bulundu ($p=0,018$) (Tablo 4.16). Çekirdek aileye sahip olan kişilerin ayrımcılık yaptıkları literatür tarafından desteklenmektedir (Göçer 2012; Rajendra 2015).

Sağlık çalışanlarının hayatlarının bir döneminde ya da halen yaşlılarla yaşama durumuna göre FYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmakla birlikte yaşlı bireylerle yaşamanın kişinin yaşlıya karşı olumlu tutum sergilemesinde etkili olduğu bulunan çalışmalara rastlanmıştır (Özdemir 2009; Leung ve ark. 2011; Göçer 2012; Sapsawangwong 2016). Elde edilen bu bulgular, yaşlı bireyler ile aynı evde yaşayan, onlarla vakit geçiren bireylerin, yaşlılık döneminin hayatın bir parçası olduğunu kabul ederek, yaşlı bireylerin bilgi tecrübelerinden faydalandıkları için yaşlı ve yaşlıya karşı olumlu davranış ve tutum sergiledikleri düşünülmektedir.

Yaşlı kişilere karşı olumlu bir tutum özellikle sağlık hizmetlerinde önemlidir. Çünkü hastanın memnuniyetini ve tedaviye uyumunu etkileyebilir. FYA ölçeği toplam puanına göre hemşirelerin ayrımcılık düzeyleri hekimlere göre daha yüksek bulundu ($p=0,000$). Literatürde de hemşirelerin ayrımcılık düzeyinin daha yüksek olduğu (Liu ve ark. 2012; Alkan 2013), hekimlerin ise düşük olduğunu gösteren çalışmalar (Leung ve ark. 2011; Liu ve ark. 2012) mevcuttur. Tufan ve ark. (2015) yaptığı çalışmaya katılan 274 dahiliye asistanı hekimin %83,6'sının yaşlılara karşı olumlu tutum sergilediği, tıp fakültesinde geriatri dersi alan hekimler ile dahiliye uzmanlık eğitimi sırasında geriatri rotasyonu yapan hekimlerin çalışmaya katılan diğer hekimlere göre yaşlılara karşı daha olumlu tutum sergilediği belirtilmiştir. Hemşireler, yaşlı insanların yararlanacağı sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve memnuniyetinde köklü değişiklikler yapabilecek en büyük sağlık meslek grubu olduğundan, ayrımcılığın azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılabilir. Aynı zamanda hekimlere göre hastayla daha fazla vakit geçiren hemşirelerin, sağlık meslek grupları arasında en fazla tükenmişlik yaşayan grup olduğu Akbolat ve Işık (2008) ile Taycan ve ark. (2006) tarafından kanıtlanmış olup, yaşanan tükenmişlik sendromunun, hemşirelerin hastalara karşı açık ya da örtük, isteyerek ya da istemeden ayrımcılık yaptıklarını düşündürmektedir.

Alkan'ın (2013) yaptığı çalışmada ayrımcılığın en çok kamu hastanelerinde görüldüğü bulunmuştur. Çalışmamızda da FYA ölçeği toplam puanına göre devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının ayrımcılık yaptığı bulundu ($p=0,000$) Bu durum; sayı ve ekonomik sebeplerden dolayı tercih oranı olarak Türkiye'deki devlet hastanelerinin, tıp fakültesi hastanelerinden ve özel hastanelerden daha fazla olmasını, devlet hastanelerinde çalışan çoğu hemşire ve hekimin kanunlarca belirtilen yüz

kızartıcı suçları işlemedikleri sürece iş garantisinin olmasını, ayrıca özel hastanelere müracaat eden hastalara müşteri gözüyle bakılmasından ve hemşire ile hekimin işten çıkarılma korkularının olmasından dolayı hastalara daha kibar ve saygılı davrandığını düşündürmektedir.

FYA ölçeği toplam puanına göre nöbetli çalışan sağlık çalışanlarının ayrımcılık yaptığı bulundu ($p=0,001$)

Mesleki doyum her alanda olduğu gibi sağlık alanında da geçerlidir. Sağlık hizmetlerinin tek amacının insan sağlığının korunması, sağlanması ve geliştirilmesi olması ve bu sebeple dikkat ve hassasiyet gerektiren bir konu olması yüzünden, sağlık çalışanlarının yaptıkları işten memnun olması çok fazla önem kazanmaktadır. FYA ölçeği toplam puanına göre işlerinden memnun olmayan sağlık çalışanlarının ayrımcılık yaptığı bulunması sağlık çalışanlarını yaptıkları meslekten memnun olmasına yönelik çalışmaların yapılması ve motivasyonlarının artırılması gerektiğini düşündürmüştür.

5.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama İle İlgili Bulgularının Tartışılması

Sağlığın herkes için bir hak olduğu , hiçbir faktöre bakılmadan herkesin, ihtiyacı olan sağlık hizmetine adil bir biçimde, onuru zedelenmeden ulaşabilmesi gerektiği tüm dünya tarafından bilinen ve kabul edilen bir gerçektir. Her hastanın, ihtiyacı olan sağlık hizmetine kolayca ulaşabilmesi, toplumun güvencesi altında olmalıdır (Özlü 2010). Yaşlılık sağlık hizmetine en fazla gereksinim duyulan bir dönemdir. Ancak yaşlıların rahatlıkla sağlık hizmetine ulaşması için sağlık çalışanlarının tutumu ve yaşlıların bunu nasıl algıladıkları önemlidir. Mevcut çalışmada sağlık çalışanlarının tutumlarının yaşlılar tarafından nasıl algılandığını belirlemek için yeni bir ölçek geliştirilmiş ve geliştirilen YASTA ölçeğinin psikometrik özellikleri belirlenmiştir.

YASTA ölçeği ile ilgili olarak çalışma grubundan elde edilen verilerin açımlayıcı faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi ile açıklanmıştır.(Çokluk ve ark. 2014; Büyüköztürk ve ark. 2018). Kaiser-Meyer-Olkin değerinin yüksek olması, ölçekteki her bir değişkenin, diğer değişkenler tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelir. Değerlerin sıfır ya da sıfıra yakın çıkması durumunda, korelasyon dağılımında, bir dağınıklık olduğu için bu değerlere dayalı olarak yorum yapılamaz. Kaiser-Meyer-Olkin testi sonucunda,

değerin 0,50'den düşük olması halinde faktör analizine devam edilemeyeceği yorumu yapılır (Çokluk ve ark. 2014). Çalışmamızda yapılan ölçümlere göre; KMO katsayısı 1'e yakın olmakla birlikte Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değeri 0,05'ten küçüktür ($p=0,000$). Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değerinin 0,05'ten ($p<0,05$) küçük olması gerekli koşulu sağlıyor oluşu ve KMO katsayısının 1'e yakın olması veri setinin faktör analizi için tam olarak uygun olduğunu göstermektedir.

Faktör sayılarına bakıldığında ise Özdeğeri 1'den büyük altı faktör bulunmuştur. Ölçeğin uygunluğunun sağlanması için faktör sayısı iki ile sınırlandırılmıştır. Bu iki faktör birlikte, toplam varyansın yaklaşık %42,25'ini açıklamaktadır. Analiz sonunda elde edilen varyans oranları ne kadar büyükse faktör yapısı da o kadar güçlü olur. Bu düzeyin sosyal alanlarda %40 ile %60 arasında olmasını yeterli kabul edilmektedir (Tavşancıl 2014).

RMSEA değerinin 0,05'e eşit ya da altındaki değerler iyi uyum, 0,05 ile 0,08 arasında olması yeterli uyum, 0,08 ile 0,10 arasında olması kabul edilebilir uyum, 0,10'dan büyük olması ise kabul edilemez uyum olarak adlandırılmaktadır (Özdamar 2013). YASTA Ölçeğinin DFA sonuçlarına göre RMSEA değerinin anlamlı ve 0,10'dan küçük bulunması uyumun olduğunu göstermektedir.

Cronbach alfa katsayısı, çoktan seçmeli ve toplam puanlar üzerine kurulu ölçeklerin güvenilirliğinin belirlenmesinde sıklıkla tercih edilmektedir (Alpar 2017). Bu sebeple YASTA Ölçeğinin güvenilirliğinin belirlenmesinde de tercih edilmiştir. Bu yöntemle göre iç tutarlılık katsayısı 0,00-0,40 arası ölçek güvenilir değil, 0,40-0,60 arası düşük düzeyde güvenilir, 0,60-0,80 arası oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arası yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Özdamar 2015; Alpar 2017). Bayram (2017) ise Cronbach alfa değerinin güvenilirlik için 0,70'in üzerinde olmasının yeterli olduğunu belirtmektedir. YASTA Ölçeği'nin iç tutarlılık ve yarıya bölme yöntemi ile belirlenen güvenilirlik analizine göre cronbach α katsayısı, 0,825 bulunmuştur, bu da iç tutarlılığın yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. YASTA Ölçeği'nin Cut off değerini belirlemek üzere ortalaması 0, standart sapması 0,01 olacak şekilde normal dağılımdan 301 birim türetilmiştir. Türetilen bu yeni değişken kullanılarak sınıf atamaları gerçekleştirilmiştir. Sınıf ortalamalarına göre YASTA Ölçeği'nin değerleri küçükten büyüğe sıralandırılarak Cut-off değeri ve kesim noktası 1610 olarak

belirlenmiştir. Buna göre; 1610 puan ve altı ayrımcılık algısının var olduğunu, 1610 puanın üstü ayrımcılık algısının var olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin hekim ve hemşireleri değerlendirdikleri YASTA Ölçeği toplam puan ortalaması hemşireler için $1559,25 \pm 373,51$; hekimler için $1598,41 \pm 389,79$ bulundu. Buna göre, yaşlı bireylerin hemşirelerin ve hekimlerin tutumlarından negatif yönde ayrımcılık olarak algıladıkları söylenebilir. Akbaş'ın (2014) yaptığı çalışmada hastalar hekimlerin ilgisizliğinden, yetersiz muayene edildiklerinden, hoşgörü olmamasından ve eşit davranılmamasından şikayet etmişlerdir.

Lamont ve ark. (2015) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin yaşının ayrımcılık algılarına hiçbir etkisi olmadığını belirtirken, Duncan ve Loretto (2004) yaptığı çalışmada katılımcıların %18'inin yaşları nedeniyle ayrımcılık ile karşılaştıklarını ve bu olumsuz tutumların kendileri için bir endişe sebebi olduğunu belirtmiştir. Yaşlı bireylerin yaşları ile YASTA Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşlı bireylerin yaşları ile hemşire ve hekimlere yönelik negatif algı alt boyutu arasında çok zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu.

Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, Duncan ve Loretto (2004) yaptığı çalışmada kadınların erkeklere oranla daha fazla ayrımcılık ile karşılaştıklarını ifade ettikleri, Bodner ve Cohen-Fridel'in (2010) kadınların erkeklere göre daha az ayrımcılık algıladıkları, Bodner ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla ayrımcılık algıladıkları belirtilmiştir.

Hemşireleri ve hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin medeni durumuna göre YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu.

Mevcut çalışmada herhangi bir hastalığı olmayan yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu. Yapılan çalışmalar hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlılara göre daha yüksek düzeyde olumsuz tutumlar yaşayabileceğini göstermiştir (Chachamovich ve ark. 2008; Trigg ve ark. 2012). Levy ve Myers (2004) yaptığı çalışmada pozitif yaşlanma algısı yüksek olan yaşlı bireylerin, gelecek yirmi yıl içinde koruyucu sağlık davranışlarını uygulama olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Gott ve ark. (2008) yaptığı çalışmada katılımcılar ölüm sırasında acı hissetmekten ve nefes darlığı yaşamaktan korktuklarını belirtmişlerdir. Kotter-Gröhn ve Hess'in (2012) yaptığı çalışmada yaşlılık hakkında olumsuz bilgi ile karşı karşıya kalan yaşlı bireyin genç olma arzusunun arttığı bulunmuştur. Bunun da ölüm korkusunu arttıracaklarını düşündürmektedir. Hemşireleri değerlendiren yaşlı bireylerin ölümden korku durumuna göre YASTA Ölçeği toplam puanına göre ölümden korkan ve korkmayan yaşlı bireylerin hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulundu ($p=0,033$) (Tablo 4.41). Hekimleri değerlendiren yaşlı bireylerin ölümden korku durumuna göre YASTA Ölçeği ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; pozitif algı alt boyutu puanının ($p=0,167$), negatif algı alt boyutu puanının ($p=0,698$), ve YASTA ölçeği toplam puanının ($p=0,074$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu (Tablo 4.41).

Mevcut çalışmada sağlık hizmetlerine kolayca ulaşamayan yaşlı bireylerin hemşirelerin ve hekimlerin tutumlarından daha fazla ayrımcılık algıladığı bulundu.

Yaşlı bireylerin hemşireler ve hekimler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılıp bırakılmadığına göre YASTA Ölçeği toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Lim ve ark. (2016) yaptığı çalışmada hekimlerin, yaşlı hastaları bilgilendirirken hasta yerine ailesinden kişilerle görüştüğünü, bunun hastaların aile üyelerinin isteği üzerine hekimlerin bunu yapmasını engellemesinden kaynaklandığını ve hekimlerin yaşlılara farklı tutumlar ya da ayrımcı eylemler gösterdikleri belirtilmiştir. Cuddy ve ark. (2005) yaptığı çalışmada 65 yaş üstü hastalar hekimlerin kendileriyle genç hastalara göre daha az konuştuğunu, daha az saygılı, daha az destekleyici ve daha az eşitlikçi davrandığını belirtmişlerdir.

Hudelson ve ark. (2009) 1654 hasta ile yaptığı çalışmada; katılımcıların %54'ü herhangi bir sebebe bağlı olarak sağlık personelinin ayrımcılık tecrübe ettiklerini, en çok maruz kaldıkları ayrımcılık türünün yaşa bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Cunningham ve ark. (2011) Genç Erişkinlerde Koroner Arter Risk Gelişimi Araştırması kurumundan alınan 2000-2001 yılları arasındaki veriler ile yaklaşık 2556 hastaya ulaşılarak yaptıkları çalışmaya göre, hastaların yaklaşık %10'u sağlık hizmetlerinden yararlanırken sağlık personelinin kendilerine adaletsiz bir şekilde davrandığını belirtmiştir. Mann ve DSÖ (1987)'nin yaptığı çalışmaya göre hastaların sağlık hizmetlerini kullanırken hastalıklarına bağlı olarak kendilerine adaletsizce davranıldığı

bulunmuştur. Bodner ve ark. (2011) yaşam kalitesi yüksek olan yaşlıların ayrımcılık algılarının düşük olduğu belirtilmiştir. Bodner ve ark. (2011) toplum içinde yaşayan yaşlıların ayrımcılık algılarının düşük olduğu belirtilmiştir. Levy ve ark. (2012) yaptığı çalışmada daha fazla negatif stereotiplere sahip olan katılımcıların hafıza kaybı belirgin olarak daha fazla olduğu, Schmader ve Johns'un (2003) yaptığı çalışmada stereotip tehdidinin çalışma belleği işlevini olumsuz etkilediğini bulmuşlardır. Bu nedenle, tıbbi bilgileri tartışmaya yönelik tehdit edici olmayan yolların bulunması, hastaların kendilerine sunulan tıbbi bilgileri en iyi şekilde kullanmalarına yardımcı olmak için göz önünde bulundurulması önemlidir. Auman ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmalarda hastaların, tıbbi durumlarını tartışırken yüksek düzeyde kaygı ve stres yaşarlarsa, onlara sunulan bilgileri kullanma yeteneklerinin bozulabildiği bulunmuştur. Genellikle kronik rahatsızlıklar nedeniyle sağlık hizmeti almak zorunda olan hastalar için, olumsuz sağlık kalıp yargıları mevcut sorunları şiddetlendirebilir. Blascovich ve ark. (2001) yaptığı çalışmada stereotip tehditi altında olan kişilerin ortalama arteriyel kan basıncı, stereotip tehditi az olan ya da hiç bulunmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Levy ve ark. (2000) yaptığı çalışmada negatif yaşlanma stereotiplerine maruz kalanlar, pozitif yaşlanma stereotiplerine maruz kalanlarla karşılaştırıldığında, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve kalp hızı ile ölçülen strese karşı artan bir kardiyovasküler tepki gösterdiği bulunmuştur. Pozitif yaşlanma stereotiplerine yönelik maruziyetin, yaşlı bireylerin hem yaşadıkları stres miktarını azaltmaya hem de stresli olaylardan kurtulabilmelerine yardımcı olabileceğini düşündürmektedir. Yaşlılarda kardiyovasküler sağlığı ve bilişsel işlevselliği iyileştirmek için tasarlanan müdahalelerin, negatif yaşlanma kalıplarının azaltılmasını ve pozitif olanların tanıtımını içermesini önermektedir. Pozitif stereotiplerin pekiştirilmesi, hastalıkları azaltma ve bağımsızlığı artırma olasılığı sunmaktadır. Buna ek olarak, düzenli olarak olumsuz sağlık klişeleri yaşayan bireyler, bu klişeleri yaşama ile ilgili streslere ve hastalıklara karşı daha duyarlı olabilir. Mandelblatt ve ark. (2003) ayrımcılık algılayan hastaların tedavi seçeneklerinin olmadığını düşündüklerini, daha fazla bedensel ağrı hissettiklerini, akıl ve ruh sağlığı seviyelerinin daha düşük olduğunu ve genel memnuniyetlerinin az olduğunu belirtmiştir. Coudin ve Alexopoulos'un (2010) yaptığı çalışmada negatif tutumlarla karşılaşan yaşlı bireylerin yalnızlık hissettiklerini, sağlık durumlarının kötüye gittiğini, herhangi bir risk almaktan kaçındıklarını ve sosyal çevrelerinde sistematik olarak yardım almak istediğine yani bağımlı olduklarını; olumsuz bir tutumun nesnesi

haline getirilen yaşlıların, savunmacı, güvensiz ve şüpheli olduklarını bildirmiştir. Clark ve ark. (2018) yaptığı çalışmada ayrımcılığa maruz kalmanın, stres, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu; 55 yaşından büyük olanların, erkeklerin algıladıkları ayrımcılık ortalama seviyeleri daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrımcılığa maruz kalmanın daha yüksek spontan amigdala aktivitesi seviyeleri ile ilişkili olduğunu gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bazı kişilerin var olan ayrımcılığı daha az algılayabilecekleri gibi (en az indirgenme eğilimi), var olandan daha fazla ayrımcılık algılayabileceklerinden (uyanıklık önyargıları) bahsedilmektedir.

Mevcut çalışma bulguları ve literatür doğrultusunda yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının tutumlarından etkilendiği ve bu durumun onların sağlık kurumlarına müracaatlarını ve tedavilerini aksatabileceğini düşündürmüştür.

Sonuç:

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı düzeyini ve sağlık çalışanlarının tutumlarının yaşlı bireyler tarafından nasıl algılandığını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının; yaş ortalaması $37,96 \pm 9,12$ olup, büyük çoğunluğunun kadın olduğu, evli olduğu, çekirdek aileye sahip olduğu, lisans ve lisansüstü mezunu olduğu, 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşadığı bulunurken, aylık ortalama çalışma saatinin $177,63 \pm 43,49$, meslekte ortalama çalışma yılının $15,36 \pm 9,57$ olduğu, yine büyük çoğunluğunun hemşire olarak görev yaptığı, devlet hastanesinde çalıştığı, dahili ve cerrahi birimlerde çalıştığı, nöbetli çalıştığı ve işinden memnun olduğu bulundu.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanları yaşlılık kavramı denildiğinde akıllarına gelen ilk üç kelimenin hastalık, merhamet ve yalnızlık; son üç kelimenin fakirlik, bağımsızlık ve politik güç olduğunu belirtmişlerdir.
- FYA ölçeğinin 29 maddelik Türkçe versiyonu için güvenirlik analizinde cronbach α katsayısı 0,724 bulunmuş olup, bu da iç tutarlılığın oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir. Orijinal FYA ölçeğinin düşük toplam puan korelasyonuna sahip olan maddeleri dışlandığında, ölçeğin toplam Cronbach α değerini etkilemediği görüldüğünden herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

- FYA ölçeği için yapılan ölçüm sonuçlarına göre; KMO katsayısı 1'e yakın olmakla birlikte Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değeri 0,05'ten küçük ($p=0,000$) olması veri setinin faktör analizi için tam olarak uygunluk sağladığını göstermiştir.
- FYA Ölçeğinin özdeğeri 1'den büyük faktör sayısı sekiz bulunmuştur. Ölçeğin orijinal yapısına uygunluğunun sağlanması için faktör sayısı üç ile sınırlandırılmış olup, bu üç faktörün birlikte, toplam varyansın yaklaşık %30,23'ünü açıkladığı bulunmuştur.
- Maddelerin faktörlere göre dağılımına bakıldığında; Faktör 1'i; 1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27 ve 28 numaralı maddeler, Faktör 2'yi 2, 4, 8, 12, 14, 16, 22 ve 29 numaralı maddeler; Faktör 3'ü 6, 21, 23 ve 24 numaralı maddeler oluşturmuştur.
- FYA ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre RMSEA değerinin 0,10'dan küçük ve anlamlı bulunması uyumun iyi olduğunu göstermiştir.
- Fraboni tarafından 1990 yılında geliştirilen FYA Ölçeği'nin herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. Kendisi ile görüşülerek kesme noktası belirlenmesine karar verilmiştir. Gerekli analizler yapılarak Cut-off değeri ve kesim noktası 78 olarak belirlenmiştir. Buna göre; 78 puan ve üzeri ayrımcılığın var olduğunu, 77 puan ve altı ayrımcılığın var olmadığını göstermektedir.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının FYA ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; geleneksel inançlar alt boyutundan alınan puan ortalaması $44,65 \pm 9,23$, ayrımcılık alt boyutundan alınan puan ortalaması $24,16 \pm 3,04$, kaçınma alt boyutundan alınan puan ortalaması $9,16 \pm 2,45$, FYA ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $77,97 \pm 11,65$ varyansı 135,779'dur. Bu sonuç sağlık çalışanlarının ayrımcılık düzeyinin ortalamanın üstünde olduğunu göstermektedir.
- Sağlık çalışanlarının yaşları, aylık çalışma saatleri ve meslekteki toplam çalışma yılları ile FYA ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlık çalışanlarının yaşları ve meslekteki toplam çalışma yılı azaldıkça yaşlılardan kaçınma davranışlarının arttığı belirlenmiştir.

- FYA ölçeği toplam puanına göre; kadınların, lise, önlisans ve lisans mezunlarının, çekirdek aileye sahip olanların, hemşirelerin, devlet hastanesinde çalışanların, nöbetli çalışanların, işlerinden memnun olmayanların ayrımcılık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması $71,96 \pm 6,54$ olup, büyük çoğunluğunun erkek olduğu, ilkokul mezunu olduğu, evli olduğu, emekli olduğu, gelir durumunun açlık sınırı üzerinde ancak yoksulluk sınırının altında olduğu, herhangi bir hastalığı olduğu, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabildiği bulunurken, yine yaşlıların büyük çoğunluğunun ölümden korkmadığı, hemşire ve hekimler tarafından negatif ayrımcılığa maruz kalmadığını ifade ettikleri belirlendi.
- Yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının tutumlarına yönelik algılarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen "Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama (YASTA)" ölçeğinin geliştirilmesinde öncelikle içerik analizi yapıldı ve madde havuzu oluşturuldu. Hazırlanan havuzdan seçilen 42 maddeyle ölçeğin taslak hali hazırlandı. Oluşturulan taslakta yer alan madde ifadelerinin açık ve anlaşılır olmasına, değişik anlamlara yol açmamasına dikkat edildi. Maddelerin ölçeklenmesinin yapılabilmesi için ölçek maddelerinin yanıtlama biçimi her bir maddeye 0 ile 100 arasında 10'luk dilimler şeklinde yüzdelik olarak belirlendi.
- Maddeler belirlendikten sonra ölçeğin kapsam geçerliğini belirlemek için 3 akademisyen hemşire, 1 klinisyen hemşire, 1 psikiyatri uzmanı, 2 sosyolog, 1 eczacı, 1 psikolog, 2 mühendis ve 1 avukat olmak üzere 12 kişiden uzman görüşü alındı. Uzmanlar, her bir ölçek maddesini "ilişki, açıklık, basitlik ve anlaşılabilirlik" açısından 1–4 puan arasında değerlendirdi (1=konu ile ilişkili değil, 4=konu ile ilişkili; 1=açık değil, 4=çok açık; 1=basit değil, 4=çok basit; 1=anlaşılır değil, 4=oldukça anlaşılır). Lynn metoduna göre CVI değeri en az 0,80 olup düşük olan 13 madde ölçekten çıkarıldı.
- YASTA ölçeği için yapılan ölçüm sonuçlarına göre; KMO katsayısı 1'e yakın olmakla birlikte Bartlett Küresellik Testi anlamlılık değerinin 0,05'ten küçük olması veri setinin faktör analizi için tam olarak uygunluk sağladığını göstermiştir. YASTA ölçeğinin özdeğeri 1'den büyük faktör sayısı altı

bulunmuştur. Ölçeğin uygunluğunun sağlanması için faktör sayısı iki ile sınırlandırılmış olup, bu iki faktörün birlikte, toplam varyansın yaklaşık %42,25'ini açıkladığı bulunmuştur.

- Maddelerin faktörlere göre dağılımına bakıldığında; Faktör 1'i; 1, 2, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 21, 25, 27 ve 28 numaralı maddeler, Faktör 2'yi 3, 4, 7, 9, 11, 13, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 26 ve 29 numaralı maddeler oluşturmuştur.
- YASTA Ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre RMSEA değerinin 0,10'dan küçük ve anlamlı bulunması uyumun olduğunu göstermektedir.
- YASTA Ölçeği'nin Cut off değerini belirlemek üzere yapılan analizler sonucunda ölçeğin Cut-off değeri ve kesim noktası 1610 olarak belirlenmiştir. Buna göre; 1610 puan ve altı ayrımcılık algısının var olduğunu, 1611 puan ve üstü ayrımcılık algısının var olmadığını göstermektedir.
- 29 maddelik YASTA ölçeğinin güvenirlik analizinde cronbach α katsayısı, 0,825 bulunmuş olup, bu da ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. YASTA ölçeğinin düşük toplam puan korelasyonuna sahip olan maddeleri dışlandığında, ölçeğin toplam Cronbach α değerini etkilemediği görüldüğünden herhangi bir madde çıkarılmamıştır.
- Araştırmaya katılan yaşlıların YASTA Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; Pozitif Algı alt boyutundan alınan puan ortalaması $908,42 \pm 311,21$; Negatif Algı alt boyutundan alınan puan ortalaması $729,42 \pm 267,76$ ve YASTA ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $1637,84 \pm 441,14$ varyansı 194601,821'dir. Yaşlı bireylerin yaşları ile YASTA Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşlı bireylerin yaşları ile hemşire ve hekimlere yönelik Negatif Algı alt boyutu arasında çok zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin hekim ve hemşireleri değerlendirdikleri YASTA Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; pozitif algı alt boyutundan alınan puan ortalaması hemşireler için $897,92 \pm 311,08$, hekimler için $918,75 \pm 316,61$, negatif algı alt boyutundan alınan puan ortalaması hemşireler için $661,33 \pm 268,99$, hekimler için $679,65 \pm 268,94$, YASTA Ölçeğinden alınan

toplam puan ortalaması hemşireler için $1559,25 \pm 373,51$, hekimler için $1598,41 \pm 389,79$ bulundu. Buna göre, yaşlı bireylerin hemşirelerin ve hekimlerin tutumlarından negatif yönde ayrımcılık algıladıkları bulunmuştur.

- Yaşlıların hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algılayıp algılamadığı ile ilgili bulguların sonucunda YASTA ölçeği toplam puanına göre; ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin, ölümden korkan ve korkmayan tüm yaşlı bireylerin, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşsın ya da ulaşmassın tüm yaşlı bireylerin hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulunurken; okur-yazar olan yaşlı bireylerin hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algılamadığı bulundu.
- Yaşlıların hemşirelerin tutumlarından ayrımcılık algılayıp algılamadığı ile ilgili bulguların sonucunda YASTA ölçeği toplam puanına göre; yaşlı bireylerin cinsiyetleri, medeni durumları, çalışma durumları, gelir durumları, herhangi bir hastalığının olup olmaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.
- Yaşlıların hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algılayıp algılamadığı ile ilgili bulguların sonucunda YASTA ölçeği toplam puanına göre; ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin, gelir durumu açlık sınırının üzerinde olan yaşlı bireylerin, herhangi bir hastalığı olmayan yaşlı bireylerin, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşamayan yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algıladığı bulunurken; okur-yazar ve ilkokul mezunu olan yaşlı bireylerin, gelir durumu açlık sınırının altında olan yaşlı bireylerin, herhangi bir hastalığı olan yaşlı bireylerin, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilen yaşlı bireylerin hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algılamadığı bulundu.
- Yaşlıların hekimlerin tutumlarından ayrımcılık algılayıp algılamadığı ile ilgili bulguların sonucunda YASTA ölçeği toplam puanına göre; yaşlı bireylerin cinsiyetleri, medeni durumları, çalışma durumları, ölümden korku durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.
- FYA ölçeği ile ölçülen sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı düzeyi ve YASTA ölçeği ile ölçülen sağlık çalışanlarının tutumlarının yaşlı bireyler tarafından algılanması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

Gelecek araştırmalar için;

- İlk kez geliştirilen YASTA ölçeğinin yapısının olgunlaşabilmesi için birçok farklı çalışmada kullanılması ve geçerlik ve güvenirliğinin tekrar test edilmesi ve bu ölçeğin kullanılacağı farklı çalışmalar yapılması,
 - Bu konuda araştırma yapacak araştırmacıların, geliştirilen bu ölçeği temel olarak farklı sağlık meslek grupları üzerinde uygulamaları,
 - Bu konuda araştırma yapacak araştırmacıların, geliştirilen bu ölçeği temel olarak yaşlıya sağlık hizmeti veren hekim ve hemşire ile sağlık hizmeti alan yaşlı bireyin ayrımcılık ile ilgili aynı anda birbir sorgulandığı çalışmaların yapılması,
- Ayrıca;
- Özellikle kadın sağlık çalışanlarının yaşlılık ve yaşlanma sürecine ilişkin kurs, seminer ve sertifika programlarına katılımlarının desteklenmesi,
 - Sağlık çalışanlarının lisansüstü eğitimlerine başlamaları, devam etmeleri ve bitirmeleri konusunda gerekli yasal izinlerin verilmesi ve bu konuda cesaretlendirilmeleri,
 - Özellikle hemşirelerin lisans eğitim programlarının içine yaşlılık ve yaşlanma sürecine ilişkin derslerin eklenmesi ile ilgili müfredat çalışmalarının yapılması,
 - Başta kamu kurumlarında çalışan sağlık personeli olmak üzere, tüm kurumlarda çalışan sağlık personeline yaşlı, yaşlılık ve ayrımcılık konularında hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
 - Nöbet sayılarının sağlık çalışanlarının fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığı koruyacak şekilde hastane yöneticileri tarafından yeniden düzenlenmesi, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları iyileştirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması,
 - Çoğunluğunu yaşlı bireylerin oluşturduğu kliniklerde yaşlı bireylerle çalışmaya istekli olan hemşirelerin çalıştırılması ve hekimlerin mutlaka geriatri rotasyonu yapması,

- Sağlık çalışanlarının yaptıkları işten memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin düzeltilmesine yönelik politikaların geliştirilmesi
- Ayrımcı davranışları yasaklayan kanunların gerektirdiği cezai yükümlülüklerin titizlikle uygulanmasının sağlanması,
- Sağlık kurumları ve çalışanlarında ortaya çıkan yaşlı ayrımcılığına dikkat çekmek ve önlemek için fotoğraf, video karikatür, şiir vb. sanatsal aktivitelerin düzenlenmesi,
- Yaşlı ayrımcılığının azaltılması ve önlenmesi için ulusal ve uluslararası projeler yapılması,
- Yaşlı ayrımcılığının en aza indirilmesi ve hatta ortadan kaldırılabilmesi için uluslararası ortak projelere bireysel ya da kurumsal katılımın teşvik edilmesi, öneri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- 111 No'lu Ayrımcılık (İş ve Meslek) Sözleşmesi. (2015). Erişim 01.06.2016, http://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377273/lang--tr/index.htm
- Adak, N. (2003). Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: kadınlar. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 6 (6). Erişim 02.06.2016, <http://dergipark.gov.tr/spcd/issue/21114/227421>
- Adelman, R.D., Greene, M.G. ve Charont R. (1991). Issues in physician-elderly patient interaction. *Ageing and Society*, 11 (2), 127-148. Erişim 23.06.2017, <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/issues-in-physicianelderly-patient-interaction/88B36A2133B2DD573FEAEEB625536D55>
- Akbaş, E. (2014). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler (Manisa Merkezefendi devlet hastanesi örneği). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akbaş, K. ve Şen, İ.G. (2013). Türkiye’de kadına yönelik pozitif ayrımcılık: kavram, uygulama ve toplumsal algılar. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13, 165-189.
- Akbolat, M. ve Işık, O. (2008). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: bir kamu hastanesi örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2), 229-254. Erişim 02.11.2017, <http://dergipark.gov.tr/hacettepesid/issue/7564/99378>
- Akdemir, N., Çınar, F.İ. ve Görgülü, Ü. (2007). Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10 (4), 215-222.
- Akgün, S., Bakar, C. ve Budakoğlu, İ. (2004). Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (2), 105-110. Erişim 02.06.2016, <http://geriatri.dergisi.org/abstract.php?lang=tr&id=212>
- Alkan, A. (2013). Hastalar açısından sağlık çalışanlarının hastalara yönelik ayrımcı tutum ve davranışları üzerine bir çalışma. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alkan, A., Erdem, R. ve Çelik R. (2015). Hastane çalışanlarının hastalara yönelik ayrımcı tutum ve davranışları üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (22), 47-80. Erişim 02.06.2016, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/215009>

- Allan, L.J: Johnson, J.A. ve Emerson, S.D. (2014). The role of individual difference variables in ageism. *Personality and Individual Differences*, **59**, 32-37. Erişim 02.06.2016, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886913013408>
- Alpar, R. (2017). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. (5. baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Altay, B. ve Aydın, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **12 (1)**, 11-18. DOI: 10.5222/HEAD.2015.011 Erişim 02.06.2016, <http://www.kuhead.org/jvi.aspx?pdire=kuhead&plng=tur&un=KUHEAD-79664>
- Aosved, A.C. ve Long, P.J. (2006). Co-occurrence of rape myth acceptance, sexism, racism, homophobia, ageism, classism, and religious intolerance. *Sex Roles*, **55 (7-8)**, 481-492. Erişim 02.11.2017, <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-006-9101-4>
- Arpacı, F. (2005). *Farklı boyutlarıyla yaşlılık*. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları.
- Arslan, Ö.E. (2010). İşgören seçiminde ve örgüt içi iş yaşamında siyasi ayrımcılık: otel işletmelerinde bir araştırma. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Arun, Ö. ve Pamuk, D. (2014). Kurumsal bakım sektöründe ageism: yaşlı bakım personelinin yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin ayrımcı tutumlarının nedenleri ve müdahale önerileri. *Mediterranean Journal of Humanities*, **4 (2)**, 19-33.
- Ataöv, T. (1996). *Çatışmaların kaynağı olarak ayrımcılık*. Ankara: Zirve Ofset.
- Auman, C., Bosworth, H.B. ve Hess, T.M. (2005). Effect of health-related stereotypes on physiological responses of hypertensive middle-aged and older men. *Journal Of Gerontology: Psychological Sciences*, **60 (1)**, 3-10. Erişim 02.11.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15643036>
- Bahar, G., Bahar, A. ve Savaş, H.A. (2009). Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. *FıratSağlık Hizmetleri Dergisi*; **4 (12)**, 85-98. Erişim 02.06.2016, <http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/77381/29913/7.ya%C5%9Fl%C4%B1l%C4%B1k%20ve%20ya%C5%9Fl%C4%B1lara%20sunulan%20sosyal.pdf>
- Baybora, D. (2010). Çalışma yaşamında yaş ayrımcılığı ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaş ayrımcılığı düzenlemesi üzerine. *Çalışma ve Toplum*, **1**, 33-58.
- Bayram, N. (2017). *Sosyal bilimlerde SPSS ile veri analizi*. (6. baskı). Bursa: Ezgi Kitabevi.

- Beullens, J., Marcoen, A., Jaspaert, H. ve Pelemans, W. (1997). Medical students' image of the elderly and the effect of medical education: a literature review. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, **28** (4), 178-184. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9526787>
- Bianchini, P.E. (2000). The attitudes and knowledge levels of social work and nursing students toward the elderly. Canada: The University of Calgary Faculty of Social Work.
- Bilir Güler, S. (2005). Örgüt kültürü içinde cinsiyet ayrımcılığı ve kadınların işyerinde karşılaştıkları mesleki baskılar: Trakya bölgesi imalat sektöründe kadın çalışanlar üzerine bir araştırma. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Blaikie, A. (1999). *Aging and popular culture*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blascovich, J., Spencer, S., Quinn, D. ve Steele, C. (2001). African Americans and high blood pressure: the role of stereotype threat. *Psychological Science*, **12** (3), 225-229. Erişim 02.11.2017, <http://www.jstor.org/stable/40063583>
- Bodner, E. ve Cohen-Fridel, S. (2010). Relations between attachment styles, ageism and quality of life in late life. *International Psychogeriatrics*, **22** (8), 1353–1361 doi:10.1017/S1041610210001249 Erişim 02.11.2017, <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/B513F479738522673A96B2B22EAB3B5F/S1041610210001249a.pdf/div-class-title-relations-between-attachment-styles-ageism-and-quality-of-life-in-late-life-div.pdf>
- Bodner, E. ve Lazar, A. (2008). Ageism among Israeli students: structure and demographic influences. *International Psychogeriatrics*, **20** (5), 1046-1058. doi: 10.1017/S1041610208007151. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18405396>
- Bodner, E., Bergman, Y.S. ve Cohen-Fridel, S. (2012). Different dimensions of ageist attitudes among men and women: a multigenerational perspective. *International Psychogeriatrics*, **24** (6), 895-901. doi: 10.1017/S1041610211002936. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22313970>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S. ve Yaretzky, A. (2011). Sheltered housing or community dwelling: quality of life and ageism among elderly people. *International Psychogeriatrics*, **23** (8), 1197–1204. doi: 10.1017/S1041610211001025. Erişim 02.11.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21729417>

- Breckler, S.J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, **47 (6)**, 1191-1205. Doi:10.1037/0022-3514.47.6.1191.
- Buchan, J. ve Seccombe, I. (2006). Worlds Apart? The UK and International Nurses. London: RCN. Erişim 23.06.2017, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.538.2282&rep=rep1&type=pdf>
- Bulut, E. (2015). Cerrahi hemşirelerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Burns, N. ve Grove, S. (2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th Edition, Saunders Elsevier, St. Louis.
- Butler, R.N. (1969). Ageism: another form of bigotry. *Gerontologist*, **9**, 243-246.
- Butler, R.N. (2006). Ageism. İçinde R. Schulz (Ed), *The Encyclopedia of Aging*. New York: Springer Publishing Company; 41-42.
- Butler, R. and Lewis, M. (1987). 'Agism', The Encyclopedia of Ageing. New York: Springer.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2018). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (24. baskı) Ankara: Pegem Akademi.
- Cangöz, B. (2008). Yaşlılık: Sadece kayıp mı? Bir ayrıcalık mı? *Türk Geriatri Dergisi*, **11 (3)**, 143-150. Erişim 02.06.2016, <http://geriatri.dergisi.org/abstract.php?lang=tr&id=401>
- Cankurtaran, M., Halil, M., Ulger, Z., Dağlı, N., Yavuz, B.B., Karaca, B. ve ark. (2006). Influence of medical education on students' attitudes towards the elderly. *Journal of the National Medical Association*, **98 (9)**, 1518-1522. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17019923>
- Cary, L.A., Chasteen, A.L. ve Remedios, J. (2017). The ambivalent ageism scale: developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism. *Gerontologist*, **57 (2)**, 27-36. Erişim 23.06.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27520730>
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K. ve Power, M. (2008) Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, **48 (5)**, 593-602. Erişim 02.11.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18981276>

- Cherry, K.E. ve Palmore, E. (2008). Relating to older people evaluation (ROPE): A measure of self-reported ageism. *Educational Gerontology*, **34** (10), 849-861. doi:10.1080/03601270802042099 Erişim 15.03.2016, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601270802042099>
- Clark, A. (2009). *Ageism and age discrimination in social care in The United Kingdom*. London: Centre for Policy on Ageing.
- Clark, U.S., Miller, E.R. ve Hegde, R.R. (2018). Experiences of discrimination are associated with greater resting amygdala activity and functional connectivity. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, **3** (4), 367-378. Erişim 02.11.2017, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451902217302100>
- Coşkun, Ö. (2015). Ayrımcılık ruh sağlığını tehdit ediyor. *Deutsche Welle*. Erişim 20.03.2017, <https://p.dw.com/p/1Ef88>
- Coudin, G. ve Alexopoulos, T. (2010). Help me! I'm old how negative aging stereotypes create dependency among older adults'. *Aging and Mental Health*, **14** (5), 516-523. DOI: 10.1080/13607861003713182 Erişim 02.11.2017, <http://dx.doi.org/10.1080/13607861003713182>
- Courtney, M., Tong, S., ve Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review. *International Journal of Nursing Practice*, **6**, 62-69.
- Cuddy, A.J. ve Fiske, S.T. (2002). Doddering but dear: process, content, and function in stereotyping of older persons. İçinde T.D. Nelson, (Ed), *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. London: The Mit Press; 3-26.
- Cuddy, A.J., Norton, M.I. ve Fiske, S.T. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, **61**, 267-285. Erişim 02.06.2016, <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x>
- Cunningham, T.J., Berkman, L.F., Gortmaker, S.L., Kiefe, C.I., Jacobs, D.R., Seeman, T.E. ve ark. (2011). Assessment of differential item functioning in the experiences of discrimination index: the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) Study. *American Journal of Epidemiology*, **174** (11), 1266-1274. Erişim 02.11.2017, <http://doi.org/10.1093/aje/kwr253>
- Çam, M.O. ve Baysan Arabacı, L. (2010). Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **12** (2), 59-71. Erişim 02.06.2016, https://www.researchgate.net/publication/281648027_HEMAR-

G Tutum Olcegi Hazirlamada Nitel ve Nicel Adimlar HEMSIRELIKTE ARAS
TIRMA GELISTIRME DERGISI

- Çayır, K. ve Ayan Ceyhan, M. (2012). Ayrımcılık: çok boyutlu yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları
- Çelenk, S. (2010). Ayrımcılık ve Medya. İçinde B. Çaplı ve H. Tuncel (Ed.), *Televizyon Haberciliğinde Etik*. Ankara: Fersa Matbaacılık.
- Çetin, C. ve Özdemirci, A. (2011). İnsan kaynakları uygulamalarında siyasi ayrımcılık. İçinde E. Demirel, M. Tikici, C. Çetin (Ed.), *Türk İş Yaşamında Ayrımcılık*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. 193-203.
- Çilingiroğlu, N. ve Demirel, S. (2004). Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, **7 (4)**, 225-230.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve Lisrel uygulamalar*. (3. baskı) Ankara: Pegem Akademi.
- Demir, A. (2007). Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde ve Türk Hukukunda Ayrımcılık Yasağı. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demir, M., (2011). İş yaşamında ayrımcılık: turizm sektörü örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **8 (1)**, 760-784.
- Demirbilek, S. (2007). Cinsiyet ayrımcılığının sosyolojik açıdan incelenmesi. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, **44 (511)**, 12-27.
- Doherty M., Mitchell, E.S. ve O'Neill, S. (2011). Attitudes of healthcare workers towards older people in a rural population: a survey using the Kogan scale. *Nursing Research and Practice*, 1-7. Erişim 23.06.2017, <http://dx.doi.org/10.1155/2011/352627>
- Dozois, E. (2006). *Ageism: A review of the literature*. Calgary Health Region, Healthy Aging Committee. Calgary: Word on the Street Consulting. Ltd.
- Duncan, C. ve Loretto, W. (2004). Never the Right Age? Gender and Age-Based Discrimination in Employment. *Gender Work and Organization*, **11 (1)**, 95 - 115 Erişim 02.06.2016, https://www.researchgate.net/publication/227769207_Never_the_Right_Age_Gender_and_Age-Based_Discrimination_in_Employment
- Durgun, B.ve Tümerdem, Y. (1999). Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. *Geriatri*, **2 (3)**, 115-120.

- Emiroğlu, A. (2006). Toplumbilimsel siyasa: siyasal sosyolojiye giriş, Türkiye: Ekin Basım Yayın.
- Emre, O. (2010). İş ilanlarında ayrımcılık: Kocaeli ili örneği. İstanbul: Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (T.Y.)
- Erdemir, F. (2002). Sağlıklı yaşlanma ve yaşlılıkta yaşam kalitesinin önemi. *I. Ulusal Geriatri Kongresi Kongre Kitabı*, s 112-116.
- Erdil, F., Çelik Şenol, S. ve Baybuğa Subaşı, M. (2004). Yaşlılık ve hemşirelik hizmetleri (aging and nursing services). Yaşlılık gerçeği:65 yaş üzerindeki kişilerin sağlık durumları, fiziksel aktiviteleri ve sosyal yaşamları üzerine bir araştırma: hacettepe üniversitesi geriatrik bilimler araştırma merkezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
- Erdoğan, M. (2013). Bireysel ve toplumsal bir durum olarak Türkiye’de önyargı ve ayrımcılık. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Evers, W., Tomic, W. ve Brouwers, A. (2002). Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. *International Journal of Mental Health*, 11 (1), 2-9. Erişim 23.06.2017, <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00219.x>
- Finchilescu, G. (2010). Intergroup anxiety in interracial interaction: the role of prejudice and meta-stereotypes. *Journal of Social Issues*, **66** (2), 334-351. Erişim 02.06.2016, https://www.researchgate.net/publication/227892574_Intergroup_Anxiety_in_Interracial_Interaction_The_Role_of_Prejudice_and_Metastereotypes
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. ve McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, **12** (3), 189-198. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>
- Fraboni, M., Saltstone, R. ve Hughes, S. (1990). The fraboni scale of ageism (fsa): an attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging*, **9** (1), 56-66. Erişim 02.06.2016, <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980800016093>
- Frey, F.E. ve Tropp, L.R. (2006). Being seen as individuals versus as group members: Extending research on meta-perception to intergroup contexts. *Personality and Social Psychology Review*, **10** (3), 265-280. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16859441>

- Gallagher, S., Bennett, K.M. ve Halford, J.C. (2006). A comparison of acute and longterm health-care personnel's attitudes towards older adults. *International Journal of Nursing Practice*, **12** (5), 273-279. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16942515>
- Gendron, T.L. ve Lydecker, J. (2016). The thin-youth ideal: should we talk about aging anxiety in relation to body image? *The International Journal of Aging and Human Development*, **82** (4), 255-270. doi: 10.1177/0091415016641693. Erişim 23.06.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27076487>
- Geylani Arslan, Y. (2006). Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararları bağlamında ayrımcılık yasağı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gott, M., Small, N., Barnes, S., Payne, S. ve Seamark, D. (2008). Older people's views of a good death in heart failure: implications for palliative care provision. *Social Science and Medicine*, **67** (7), 1113-1121. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.05.024. Erişim 02.11.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18585838>
- Göçer, Ş. (2012). Hacılar ilçe merkezinde yaşlılarla yaşayan bireylerin yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gözüm, S. ve Tan, M. (2003). Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi, görüş ve uygulamaları. *Turkish Journal of Geriatrics*, **6** (1), 14-21.
- Griffiths, S.G. ve Venturato, L. (2011). Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia. *Australasian Journal on Ageing*, **30** (4), 186-190. doi:10.1111/j.1741-6612.2010.00470.x
- Gül, İ.I. ve Karan, U. (2011). *Ayrımcılık Yasağı Kavram, Hukuk, İzleme ve Belgeleme*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Gündüz, G.S. (2007). Sosyal içerme politikalarının uygulanmasında kamu istihdam kurumlarının rolü. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R. ve Engin, F. (2002). Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **13** (4), 273-281. Erişim 02.06.2016, <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=turkceOzet&gFPrkMakale=412>
- Güvenç, B. (1999). *İnsan ve kültür*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. (2015). Erişim 02.06.2016, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31
- Hemşirelik Kanunu. (2007). Erişim 02.06.2016, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>
- Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun. (2002). Erişim 01.06.2016, https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc086/kanuntbmmc086/kanuntbmmc08604750.pdf
- Herdman, E. (2002). Challenging the discourses of nursing ageism. *International Journal of Nursing Studies*, **39** (1), 105-114. Erişim 23.06.2017, [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00122-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00122-X)
- Higgins, I., Van Der Riet, P., Slater, L. ve Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: a qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, **26** (2), 225-237. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18041974>
- Hillerbrand, E. ve Shaw, D. (1990). Age bias in a general hospital: Is there ageism in psychiatric consultation? *Clinical Gerontologist*, **2** (2), 3-13. Erişim 02.06.2016, https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J018v09n02_02
- Hudelson, P., Kolly, V., ve Perneger, T. (2010). Patients' perceptions of discrimination during hospitalization. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, **13** (1), 24-32. Erişim 02.11.2017, <http://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00577.x>
- Hughes, A., Bolar, T. ve Kennison, S.M. (2016). Ageism, illegal drug use, and young adults' experiences with illness, dementia and death. *Journal of Articles in Support of the Null Hypothesis*, **13** (1), 15-24.
- Hughes, N.J., Soiza, R.L., Chua, M., Hoyle, G.E., MacDonald, A., Primrose, W.R. ve Seymour, D.G. (2008). Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, **56** (2), 334-338. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18179490>

- Humphries, N., Brugha, R. ve McGee, H. (2008). Overseas nurse recruitment: Ireland as an illustration of the dynamic nature of nurse migration. *Health Policy*, vol. **87** (2), 264-272. Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18304684>
- Hweidi, I.M. ve Al-Hassan, M.A. (2005). Jordian nurses' attitudes toward older patients in acute care settings. *International Nursing Review*, **52** (3): 225-232. Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16033450>
- İşıl, G.İ. (2006). Fiziksel engellilerin uluslararası hukukta korunması ve uluslararası standartların iç hukuka yansması. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Sözleşme. (2010). Erişim 01.06.2016, <https://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/891a2--Insan-Haklari-ve-Temel-Ozgurluklerin-Korunmasına-Iliskin-Sozlesme.pdf>
- İspir, Z. (2016). Bir insan hakları sorunu olarak cinsiyete dayalı ekonomik ayrımcılık. *Ankara Barosu Dergisi*, **3**, 163-197.
- Kabatova, O., Botikova, A., Urickova, A. ve Slany, J. (2015). Difference in the level of ageist attitudes of nurses and nursing students. *Kontakt*, **17** (3), 138-141 Erişim 02.06.2016, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411715000355>
- Karataş, K. (2002). Engellilerin toplumla bütünleşme sorunları: bir sosyal politika yaklaşımı. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, **2** (2), 43-55.
- Karen, L. ve Rice, M.J.N. (2001). Geriatric best practices in nursing care. *Journal of Vascular Nursing*, **19** (4), 135-136.
- Kaya, S. (2016). Algılanan ayrımcılık ve işe yabancılaşma ilişkisi üzerine bir araştırma. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kearney, N., Miller, M., Paul, J. ve Smith, K. (2000). Oncology healthcare professionals' attitudes toward elderly people. *Annals of Oncology*, **11**, 599-601.
- Kemper, S. (1994). Elderspeak: speech accommodations to older adults. *Aging and Cognition*, **1** (1), 17-28 Erişim 01.06.2016 DOI: 10.1080/09289919408251447 <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09289919408251447?journalCode=nanc20>
- Kennison, S.M. ve Byrd-Craven, J. (2018). Ageism in young adults: the roles of childhood relationships with parents and attachment USA: Oklahoma State University.

- Kishimoto, M., Nagoshi, M., Williams, S., Masaki, K.H. ve Blanchette, P.L. (2005). Knowledge and attitudes about geriatrics of medical students, internal medicine residents, and geriatric medicine fellows. *Journal of the American Geriatrics Society*, **53** (1), 99-102. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15667384>
- Kite, M.E., Stockdale, G.D., Whitley, B.E.ve Johnson, B.T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, **61** (2), 241-266.
- Kogan, N. (1961). Attitudes towards old people: The development of a scale and examination of correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, **62**, 44-54.
- Korkut, L. (2009). *Ayrımcılık Karşıtı Hukuk*. Ankara: Adres Yayınları.
- Kotter-Grühn, D. ve Hess, T.M. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **67** (5), 563-571. doi: 10.1093/geronb/gbr153. Erişim 02.11.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22367710>
- Kotzabassaki, S., Vardaki, Z., Andrea, S. ve Parissopoulos, S. (2002). Student nurses' attitudes towards the care of elderly persons. A pilot study. *ICUS and Nursing Web Journal*, **12**, 1-9. Erişim 02.06.2016, https://www.researchgate.net/publication/237454346_Student_nurses'_attitudes_towards_the_Care_of_Elderly_Persons_A_Pilot_Study
- Köse, G., Ayhan, H., Taştan, S., İyigün, E., Hatipoğlu, S. ve Açıkkel, C.H. (2015). Sağlık alanında farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **57**, 145-151.
- Kurşun, Ö. (2006). İş hukukunda eşit davranma ilkesi ve cinsiyet temelli ayrımcılık. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kutlu, Y., Küçük, L. ve Yıldız Fındık, U. (2012). Psychometric properties of the turkish version of the fraboni scale of ageism. *Nursing and Health Sciences*, **14** (4), 464-471. Erişim 02.06.2016, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1442-2018.2012.00717.x>
- Lamont, R.A., Swift, H.J. ve Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging*, **30** (1), 180-193. doi: 10.1037/a0038586. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25621742>

- Lassonde, K.A., Surla, C., Buchanan, J.A. ve O'Brien, E.J. (2012). Using the contradiction paradigm to assess ageism. *Journal of Aging Studies*, **26** (2), 174-181. Erişim 02.06.2016, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890406511000909>
- Leung S1, Logiudice D, Schwarz J, Brand C. (2011). Hospital doctors' attitudes towards older people. *Internal Medicine Journal*, **41** (4), 308-314. doi: 10.1111/j.1445-5994.2009.02140.x. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20002850>
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, **18** (6), 332-336. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20802838>
- Levy, B.R. ve Myers, L.M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, **39** (3), 625-629. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313104>
- Levy, B.R., Hausdorff, J.M., Hencke, R. ve Wei, J.Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **55** (4), 205-213. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11584877>
- Levy, B.R., Zonderman, A.B., Slade, M.D. ve Ferrucci, L. (2012). Memory Shaped by Age Stereotypes over Time. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **67** (4), 432-436. Erişim 02.11.2017, <http://doi.org/10.1093/geronb/gbr120>
- Levy, S.R. (2016). Toward reducing ageism: peace (positive education about aging and contact experiences) model. *The Gerontologist*, **58** (2), 226-232. Erişim 02.06.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27510755>
- Lewis, T.T., Barnes, L.L., Bienias, J.L., Lackland, D.T., Evans, D.A. ve Leon, C.F.M. (2009). Perceived discrimination and blood pressure in older African Americans and white adults. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, **64 A** (9), 1002-1008.
- Lim, Y., Zang, D.Y., Choi, D.R., Kang, S.Y., Park, Y.S., Yoon, H. ve ark. (2016). Doctors' ageism towards the elderly cancer patients: focusing on disclosure of cancer diagnosis and explanation on treatment. *The Korean Society of Health Promotion and Disease Prevention*, **16** (2), 101-110. Erişim 02.11.2017, <https://doi.org/10.15384/kjhp.2016.16.2.101>

- Liu, Y.E., While, A.E., Norman, I.J. ve Ye, W. (2012). Health professionals' attitudes toward older people and older patients: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, **26** (5), 397-409, DOI: 10.3109/13561820.2012.702146 Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22780579>
- Lookinland, S. ve Anson, K. (1995) Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: Implications for elder care. *Journal of Advanced Nursing*, **21** (1), 47-56. Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7897077>
- Loretto, W., Duncan, C. ve White, J.P. (2000). Ageism and employment: controversies, ambiguities and younger people's perceptions. *Ageing and Society*, **20** (3), 279-302. Erişim 02.06.2016, <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/ageism-and-employment-controversies-ambiguities-and-younger-peoples-perceptions/3F571ED46E7B09C5724659EDF9A7F9E9>
- Luo, B., Zhou, K., Jin, E.J., Newman, A. ve Liang, J. (2013). Ageism among college students: a comparative study between U.S. and China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, **28** (1), 49-63. doi: 10.1007/s10823-013-9186-5. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23397227>
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, **35** (6), 382-385.
- Macnicol, J. (2006). *Age discrimination: an historical and contemporary analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mandelblatt, J.S., Edge, S.B., Meropol, N.J., Senie, R., Tsangaris, T., Grey, L. ve ark. (2003). Predictors of long-term outcomes in older breast cancer survivors: perceptions versus patterns of care. *Journal of Clinical Oncology*, **21** (5), 855-863. Erişim 02.11.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12610185>
- Mann, J.M. ve WHO Special Programme on AIDS. (1987). Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd session of the United Nations General Assembly on Tuesday 20th October 1987 / by Jonathan M. Mann. Geneva: World Health Organization. Erişim 02.11.2017, <http://www.who.int/iris/handle/10665/61546>
- Maxwell, A.J. ve Sullivan, N. (1980). Attitudes toward the geriatric patient among family practice residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, **28** (8), 341-345. Erişim 15.03.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7400502>

- McConatha, J.T., Hayta, V., Rieser-Danner, L., McConatha, D. ve Polat, T.S. (2004). Turkish and U.S. attitudes toward aging. *Educational Gerontology*, **30** (3), 169-183. Erişim 02.06.2016, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03601270490272106>
- McGlone, E. ve Fitzgerald, F. (2005). *Perceptions of Ageism in Health and Social Services in Ireland*. Dublin: National Council on Ageing and Older People, ISBN-13: 978-1-900378-36-9, ISBN: 1-900378-36-1. Erişim 10.04.2016, <https://health.gov.ie/blog/publications/perceptions-of-ageism-in-health-and-social-services-in-ireland/>
- McGuire, S.L., Klein, D.A ve Chen, S. (2008). Ageism revisited: a study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nursing and Health Sciences*, **10**, 11-16.
- McKinlay, A. ve Cowan, S. (2003). Student nurses' attitudes towards working with older patients. *Journal of Advanced Nursing*, **43** (3), 298-309. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12859789>
- McLafferty, I. ve Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing*, **47** (4), 446-453. Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15271164>
- Mezey, M., Boltz, M., Esterson, J. ve Mitty, E. (2005). Evolving models of geriatric nursing care. *Geriatric Nursing*, **26** (1), 11-15. Erişim 02.06.2016, [https://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(04\)00419-7/fulltext](https://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(04)00419-7/fulltext)
- Moon, G. (2009). Pozitif ayrımcılık. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Mosher-Ashley, P.M. ve Ball, P. (1999). Attitudes of college students toward elderly persons and their perceptions of themselves at age 75. *Educational Gerontology*, **25** (1), 89-102. Erişim 02.06.2016, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/036012799268034>
- Moyle, W. (2003). Nursing students perceptions of older people continuing society's myths. *Australian Journal of Advanced Nursing*, **20** (4), 15-21. Erişim 02.06.2016, <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=405273792670005;res=IELA PA>
- Mueller-Johnson, K., Toglia, M.P., Sweeney, C.D. ve Ceci, S.J. (2007). The perceived credibility of older adults as witnesses and its relation to ageism. *Behavioral Sciences*

- and the Law*, **25 (3)**, 355-75. Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17506084>
- Naldan, M.E., Kara1, D., Soyalp, C. ve Gürol, A. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personelinin yaşlılığa ilişkin ayrımcı tutumlarının değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, **14**, 8-16. DOI: 10.5350/BTDMJB.20161001124434.
- Nash, P. Stuart-Hamilton, I. ve Mayer, P. (2014). The continuation of prejudice: addressing negative attitudes in nurse training and continuing professional education. *Educational Gerontology*, **40 (1)**, 53-60. DOI: 10.1080/03601277.2013.768084 Erişim 02.06.2016, <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.768084>
- Nelson, T.D. (2005). Ageism: prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, **61 (2)**, 207-221.
- North, M.S. ve Fiske, S.T. (2015). Modern attitudes toward older adults in the aging world: A cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **141 (5)**, 993-1021. Erişim 23.03.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26191955>
- Olgundeniz, A.V. (2010). Dış Görünüm Bir Avantaj mıdır? Erişim 01.06.2016, https://www.yeniasir.com.tr/insankaynaklari/yazarlar/ahmet_veli_olgundeniz/2010/01/17/dis_gorunum_bir_avantaj_midir
- Ögenler, O., Yapıcı, G., Taşdelen. B. ve Akça. T. (2012). Mersin ilinde bir grup hekimin yaşlı ayrımcılığı hakkındaki görüşleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, **15 (4)**, 409-415.
- Öz, F. (2002). Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, **19 (2)**, 17-28. Erişim 02.06.2016, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/103/783.pdf>
- Özbek Yazıcı, S., Kalaycı, I., Kaya, E. ve Tekin, A. (2015). Yaşlı bakım programı öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi/Elderly Issues Research Journal*, **2**, 77-87.
- Özdamar, K. (2013). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi II* (9. baskı). Eskişehir: Nisan Kitabevi Yayınları.
- Özdamar, K. (2015). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi I* (10. baskı). Eskişehir: Nisan Kitabevi Yayınları.
- Özdemir, Ö. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

- Özkan, Y. ve Bayoğlu, A.S. (2011). Ageism: college students' perceptions about older people. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 6 (1), 107-115. Erişim 02.06.2016, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/187113>
- Özlü, T. (2010). Hasta hakları bağlamında sağlık finansmanı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2 (2), 9-20. Erişim 02.11.2017, <http://dergipark.gov.tr/spkd/issue/29280/313465>
- Öztan, E. (2004). Toplumsal cinsiyet eşitliği politikaları ve olumlu ayrımcılık. *Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi*, 59 (1), 203-235.
- Paker, M. (2012). Psikolojik açıdan önyargı ve ayrımcılık. İçinde K. Çayır ve M. Ayan Ceyhan (Ed.), *Ayrımcılık: çok boyutlu yaklaşımlar*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 41-52.
- Palmore, E.B. (1999). *Ageism: Negative and Positive*. New York: Springer Publishing Company.
- Palmore, E.B. (2001). The ageism survey: first findings. *The Gerontologist*, 41 (5), 572-575.
- Palmore, E.B. (2004). Research note: ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19 (1), 41-46. doi:10.1023/B:JCCG.0000015098.62691.ab Erişim 02.06.2016, <https://link.springer.com/article/10.1023/B:JCCG.0000015098.62691.ab>
- Pampel, C.F. (1998). *Aging, social inequality and public policy*. The United States of America: Pine Forge Press.
- Pavlovic, M ve Puric, D. (2016). Basic personality traits as correlates of implicit prejudice. *Primenjena Psihologija*, 9 (2), 125-140. Erişim 23.06.2017, <http://primenjena.psihologija.ff.uns.ac.rs/index.php/pp/article/view/1777>
- Perry, D. (2003). Ageism, how healthcare fails the elderly. Washington: Alliance For Aging Research. Erişim 01.06.2016, <https://www.agingresearch.org/pressrooms/view/51#.V6g7j1SLSM8>
- Philipose, V., Tate, J., Jacobs, S. (1991). Review of nursing literature: Evolution of gerontological education in nursing. *Nursing and Health Care*, 12 (10), 524-530. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1754121>
- Polit, D.F. ve Beck, C.T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29 (5), 489-497.

- Popham, L.E., Kennison, S.M. ve Bradley, K.I. (2011). Ageism, Sensation-Seeking, and Risk-Taking Behavior in Young Adults. *Current Psychology*, **30**, 184-193. DOI 10.1007/s12144-011-9107-0
- Rajendra, K. (2015) Ageism and gerontophobia in Indian context an empirical study with special reference to Udupi district. India: Kuvempu University. Erişim 02.11.2017, <http://shodhganga.inflibnet.ac.in/handle/10603/203252>
- Reuben, D.B., Fullerton, J.T., Tschann, J.M. ve Croughan-Minihane, M. (1995). Attitudes of beginning medical students toward older persons: a five-campus study. The university of California academic geriatric resource program student survey research group. *Academic Geriatrics Society*, **43 (2)**, 1430-1436. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7490398>
- Reuben, D.B., Lee, M., Davis, J.W.Jr., Eslami, M.S., Osterweil, D.G., Melchiorre, S., ve ark. (1998). Development and validation of a geriatrics attitudes scale for primary care residents. *Journal of the American Geriatrics*, **46 (11)**, 1425-1430. Erişim 15.03.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9809767>
- Reyna, C., Goodwin, E.J. ve Ferrari, J.R. (2007). Older adult stereotypes among care providers in residential care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, **33 (2)**, 50-55. Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17310663>
- Rodoplu, M. (2011). İşgören seçiminde bir ayrımcılık faktörü olarak hemşehriciliğin rolü üzerine bir araştırma. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Rosenthal, E.R. (1990). *Women, aging and ageism*. New York: Routledge.
- Rupp, D.E., Vodanovich, S.J. ve Crede, M. (2005). The multidimensional nature of ageism: construct validity and group differences. *The Journal of Social Psychology*, **145 (3)**, 335-362. Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15960004>
- Ryan, E.B., Hummert, M.L. ve Boich, L. (1995). Communication predicaments of aging: patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language and Social Psychology*, **14**, 144-166.
- Salman, F. (2007). *Hep yenik başlama duygusu Türkiye’de ayrımcılık uygulamaları: mağdurlar ve uzmanlar anlatıyor*. Ankara: Odak ofset matbaacılık.
- Sapsawangwong, A. (2016). Thai and American undergraduate students’ attitudes toward older adults. Ohio: Miami University.

- Schmader, T., ve Johns, M. (2003). Converging evidence that stereotype threat reduces working memory capacity. *Journal of Personality and Social Psychology*, **85** (3), 440-452. Erişim 02.11.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14498781>
- Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Gilles, C. ve Adam, S. (2016). Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *International Psychogeriatrics*, **28** (5), 749-757. doi: 10.1017/S1041610215001970. Erişim 02.03.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26669734>
- Scott, T., Minichiello, V. ve Browning, C. (1998). Secondary school students' knowledge of and attitudes towards older people: does an education intervention programme make a difference? *Ageing and Society*, **18** (2), 167-183. Erişim 02.06.2016, <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/secondary-school-students-knowledge-of-and-attitudes-towards-older-people-does-an-education-intervention-programme-make-a-difference/55950CB75F6CA4E4B0B0F0A2BBA157EE#>
- Shue, C.K., McNeley, K. ve Arnold, L. (2005). Changing medical students' attitudes about older adults and future older patients. *Academic Medicine*, **80** (10), 56-59. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199460>
- Slevin, O.D. (1991) Ageist attitudes among young adults: implications for a caring profession. *Journal of Advanced Nursing*, **16** (10), 1197-1205.
- Soderhamn, O., Lindencrona, C. ve Gustavsson, S.M. (2001). Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Education Today*, **21** (3), 225-229. Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11322814>
- Soyuer, F., Ünalın, D., Güleser, N. ve Elmalı, F. (2010). Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı demografik değişkenlerle ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, **3** (2), 20-25.
- Struck, B.D., Bernard, M.A. ve Teasdale, T.A. (2005). Effect of a mandatory geriatric medicine clerkship on third-year students. *Journal of American Geriatrics Society*, **53**, 2007-2011. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16274387>
- Stuart-Hamilton, I ve Mahoney, B. (2003). The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards, older adults. *Educational Gerontology*, **29** (3), 251-260. Erişim 23.06.2017, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713844305>

- Şencan, H. (2005). Faktör analizi ve güvenilirlik. İçinde: *Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 355–414.
- Şeşen, E. (2006). Gazetelerde yayımlanan iş ilanlarında ayrımcılık ve fırsat eşitliği Türkiye ve İngiltere karşılaştırması. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tanay, G. (2012). Ayrımcılık suçu. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi*. (5. basım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 100-108. Erişim 02.11.2017, https://www.researchgate.net/publication/237732334_Bir_universite_hastanesinde_calisan_hemsirelerde_depresyon_ve_tukenmislik_duzeyinin_sosyodemografik_ozelliklerle_iliskisi
- TDK (2006). *Güncel Türkçe Sözlük*. Ankara.
- Tel, H. ve Yıldırım, M. (2007). Yaşlıya sunulan hizmetin niteliğini etkileyen bir faktör: sağlık çalışanlarının yaşlıya karşı tutumları. 6. *Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı*.
- Ten Haken, J.D., Woolliscroft, J.O., Smith, J.B., Wolf, F.M. ve Calhoun, J.G. (1995). A longitudinal investigation of changes in medical students' attitudes toward the elderly. *Teaching and Learning in Medicine*, 7 (1), 18-22.
- Topaz, M. ve Doron, I. (2013). Nurses' attitudes toward older patients in acute care in Israel. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 18/ 2. Doi: 10.3912/OJIN.Vol18No02PPT01 Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23758427>
- Trigg, R., Watts, S., Jones, R., Tod, A. ve Elliman, R. (2012). Self-reported quality of life ratings of people with dementia: The role of attitudes to aging. *International Psychogeriatrics*, 24 (7), 1085-1093. Erişim 02.11.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22377451>
- Tsuchiya, A., Dolan, P. ve Shaw, R. (2003) Measuring people's preferences regarding ageism in health: some methodological issues and some fresh evidence. *Social Science and Medicine*, 57 (4), 687-696. Erişim 02.06.2016, <http://eprints.gla.ac.uk/4200/1/Shaw42100.pdf>

- Tufan, F., Yürüyen, M., Kızılsırlanoğlu, M.C., Akpınar, T., Emiksiye, S., Yeşil, Y. ve ark. (2015). Geriatrics education is associated with positive attitudes toward older people in internal medicine residents: a multicenter study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **60** (2), 307-310. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25532778>
- TÜİK (2013). *İstatistiklerle Yaşlılar 2013*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 23.10.2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>
- TÜİK (2015). *İstatistiklerle Yaşlılar 2015*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 23.10.2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>
- Turpçu, M. (2004). Avrupa Birliği hukukunda iş yerinde ayrımcılık. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Türk Ceza Kanunu. (2004). Erişim 01.06.2016, https://www.tspb.org.tr/wp-content/uploads/2015/08/IHIM_Mevzuat_Suc_Gelirleri_Kanun_5237.pdf
- Türkiye Bilimler Akademisi Raporları. (2003). Erişim 02.06.2016, <http://www.tuba.gov.tr/tr/yayinlar/suresiz-yayinlar/raporlar/yasli-lar-ve-yasli-yakinlari-acisindan-yasam-bicimi-tercihleri>
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (1982). Erişim 01.06.2016, https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf
- Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu. (2016). Erişim 01.06.2016, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6701.pdf>
- Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. (2015). Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Erişim 02.06.2016, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/508>
- Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. (2013). Ankara: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. (2007).
- Ünalan, D., Soyuer, F., ve Elmalı, F. (2012). Geriatri merkezi çalışanlarında yaşlı tutumunun değerlendirilmesi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, **2** (3), 115-120. Doi:10.5505/kjms.2012.15870
- Ünlü, S., Bayram, N., Uluyağcı, C. ve Uzoğlu Bayçu, S. (2009). Kadına yönelik şiddet: tv dizilerinde kadına yönelik şiddet üzerine bir araştırma. *Selçuk İletişim*, **5** (4), 95-104.

- Ünsar, S., Erol, Ö., Kurt, S., Türüng, F. ve Sekmen, I.D. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **4** (2), 61-67.
- Vefikuluçay Yılmaz, D. ve Terzioğlu, F. (2010). Yaşlı ayrımcılığı ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, **2** (2), 137-144. Erişim 10.04.2016, <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-yasli-ayrimciligi-ve-hemsirelik-58698.html>
- Vefikuluçay, D. (2008). Üniversitede öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Voogt, S.J., Mickus, M., Santiago, O. ve Herman, S.E. (2008). Attitudes, Experiences, and Interest in Geriatrics of First-Year Allopathic and Osteopathic Medical Students. *Journal of the American Geriatrics Society*, **56** (2), 339-344. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18086123>
- Vorauer, J.D. ve Sakamoto, Y. (2008). Who cares what the outgroup thinks? Testing an information search model of the importance individuals accord to an outgroup member's view of them during intergroup interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, **95** (6), 1467-1480. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19025296>
- Vorauer, J.D., Main, K.J. ve O'Connell, G.B. (1998). How do individuals expect to be viewed by members of lower status groups? Content and implications of meta-stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, **75** (4), 917-937. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9825528>
- Vowels, M.R. ve Crandall, K.J. (2014). A descriptive study of exercise science students' knowledge of, and attitudes toward, older adults. *Kentucky Association of Health, Physical Education, Recreation and Dance Journal*, **52** (1), 66-73.
- Westerhof, G.J. ve Barrett, A.E. (2005). Age identity and subjective well-being: a comparison of the United States and Germany. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **60**, 129-136. Doi:10.1093/geronb/60.3.S129
- Westerhof, G.J., Miche, M., Brothers, A.F., Barrett, A.E., Diehl, M., Montepare, J.M., Wahl, H.W. ve Wurm, S. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity: a meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and Aging*, **29** (4), 793-802. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25365689>

- WHO (2004). *Health of the elderly in South-East Asia: a profile*. New Delhi: Macro Graphics, 13–22. Erişim 23.10.2016, http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B1462.pdf
- WHO. (2011, Ekim). *Global Health And Ageing*. Erişim 02.06.2016, http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/
- Widrick, R.M. ve Raskin, J.D. (2010). Age-related stigma and the golden section hypothesis. *Aging and Mental Health*, **14** (4), 375-385. doi: 10.1080/13607860903167846. Erişim 23.06.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20455112>
- Wilkinson, T.J., Gower, S. ve Sainsbury, R. (2002). The earlier, the better: the effect of early community contact on the attitudes of medical students to older people. *Medical Education*, **36**, 540-542. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12047668>
- Wold, G.H. (2004). *Basic Geriatric Nursing*. (3th ed.). Philadelphia: Mosby.
- Wurm, S., Tomasik, M.J. ve Tesch-Romer, C. (2010). On the importance of a positive view on ageing for physical exercise among middle-aged and older adults: cross-sectional and longitudinal findings. *Psychology and Health*, **25** (1), 25-42. doi: 10.1080/08870440802311314. Erişim 02.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20391205>
- Yalçın, N. (2008). Muhasebe meslek mensubu kadınların cinsiyete dayalı ayrımcılık nedeniyle yaşadığı meslek sorunları ve İstanbul saha araştırması. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Yatkın, A. (2008). Etik düşünce ve davranışın yerel yönetimlerde hizmet verimliliğinin artırılmasında rolü ve önemi (Elazığ belediyesi örnek alan araştırması). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **18** (1), 211-231. Erişim 02.06.2016, <http://web.firat.edu.tr/sosyalbil/dergi/arsiv/cilt18/sayi1/211-231.pdf>
- Yılmaz, E. ve Özkan, S. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin Tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **3** (2), 35-53. Erişim 02.06.2016, <https://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt3sayi7/pdf/35-53.pdf>
- Zehirlioglu, L., Yönt, G.H., Bayat, E. ve Günay, B. (2015). Hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi*, **3** (1), 10-18.

Zhou, L. (2007). What college students know about older adults: a cross-cultural qualitative study. *Educational Gerontology*, **33**, 811-831.



FORMLAR

Form-1: Sağlık Çalışanları için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı kapsamında yürütülen, “Sağlık Çalışanlarında Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması”nı belirlemek amacıyla yapılan bir doktora tezidir. Araştırma, sağlık çalışanlarının ayrımcılık düzeyi ve yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının tutumlarını nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırmaya katılım, gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmak size bağlıdır ve istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırmanın veri toplanması aşamasında “Sağlık Çalışanları Demografik Bilgi Formu” ve “Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı (FYA) Ölçeği”ni doldurmanız istenecektir. Bilgi formu ve ölçeğin doldurulma süresi toplam yaklaşık 30 dakikadır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından önemlidir. Bu nedenle değerlendirmelerinizi dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, bilimsel sonuçlar açısından son derece önemlidir. Bu araştırmadaki kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacak ve araştırmacı tarafından güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmada çıkan sonuçlar, kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmaksızın kongrelerde veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir.

Katılımınız için şimdiden teşekkürler.

Uzm. Hem. İrem ÖZEL BİLİM

İstanbul Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD

Abide-i-Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İSTANBUL

TEL: 0 553 453 71 72

Doç. Dr. Yasemin KUTLU (Tez danışmanı)

İstanbul Üniversitesi

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD

Abide-i-Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İSTANBUL

TEL: 0 212 440 00 00/27008

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklamalar yukarıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından da araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı, soyadı (belirtmek zorunlu değil):

İmza:

Tarih:

Araştırmacının;

Adı, soyadı:

İmza:

Tarih:

Form-2: Sağlık Çalışanları için Demografik Bilgi Formu

1. Doğum tarihiniz kaçtır? _____
2. Cinsiyetiniz nedir? () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? () Evli () Evli Değil
4. Eğitim durumunuz nedir?
() Lise () Ön lisans () Lisans () Lisansüstü
5. Aile Tipiniz nedir? () Çekirdek Aile () Geniş Aile
6. Şimdiye kadar 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşadınız mı/yaşıyor musunuz? () Evet () Hayır
7. Çalıştığınız Kurum neresidir?
() Kamu Hastaneleri Birliği'ne Bağlı Hastane () Üniversite Hastanesi
8. Bu kurumdaki göreviniz nedir? () Hemşire () Hekim
9. Çalıştığınız servis nedir?
() Temel Tıp Birimleri () Dahili Tıp Birimleri () Cerrahi Tıp Birimleri
10. Çalışma Şekliniz nedir? () Nöbetli () Nöbetsiz
11. Aylık ortalama çalışma saatiniz kaçtır? _____
12. Meslekte toplam çalışma süreniz kaç yıldır? _____
13. İşinden memnun musunuz? () Evet () Hayır
14. Yaşlılık kavramı size aşağıdaki ifadelerden hangisi/hangilerini çağrıştırmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
() Zihinsel azalma () Mutsuzluk () Çirkinlik () Depresyon
() Yalnızlık () Bilgelik () İşe yaramazlık () Güçsüzlük
() Bağımlılık () Merhamet () Dışlanma () Fakirlik
() Hastalık () Bolluk () Şefkat () İzolasyon
() Mutluluk () Bağlılık () Politik güç () Bağımsızlık

Form-3: Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği (FYA)

Yönerge: Aşağıda yaşlılara yönelik ayrımcılığı belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçek bulunmaktadır. Soruları yanıtlarken 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireyleri düşünerek cevaplandırınız. Her bir ifade için “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden sadece birini işaretleyiniz. Kararsız kaldığınız soruyu boş bırakabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

MADDELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Gençlerin intiharı, yaşlıların intiharından daha üzücüdür.				
2. Yaşlıların kendi seviyelerine uygun spor yapabilmeleri için, spor tesislerinde özel bölümler oluşturulmalıdır.				
3.Yaşlıların çoğu cimridir, para ve mülklerini saklayıp, biriktirirler.				
4. Yaşlıların çoğu yeni arkadaş edinmek yerine eski arkadaşlarıyla görüşmeyi tercih ederler.				
5. Yaşlıların çoğu geçmişte yaşarlar.				
6. Yaşlılarla karşılaştığımda bazen göz teması kurmaktan kaçınırım.				
7. Yaşlı insanların benimle sohbet etmeye çalışmasından hoşlanmam.				
8. Yaşlı insanlar da toplumun diğer bireyleri ile aynı hak ve özgürlüklere sahiptir.				
9. Çok yaşlı insanlardan karmaşık ve ilginç sohbetler beklenmemelidir.				
10. Yaşlı insanların çevresinde iken depresif (karamsarlık) hissetme muhtemelen en sık rastlanan duygudur.				
11. Yaşlı insanlar kendi yaşlarında arkadaş bulmalıdırlar.				
12. Yaşlılar gençlerin düzenlediği toplantılarda içtenlikle karşılanmalıdır.				
13. Yaşlı kulüplerindeki toplantılara davet edilsem bile gitmemeyi tercih ederim.				
14. Yaşlılar oldukça yaratıcı olabilir.				
15. Şahsen yaşlı kişilerle pek fazla zaman geçirmek istemem.				

16. Çok yaşı insanların sürücü ehliyetini yenilemesine izin verilmemelidir.				
17. Yaşı insanların toplumun spor tesislerini kullanmaya ihtiyaçları yoktur.				
18. Çok yaşı insanlara küçük çocukların bakımında güvenilmemelidir.				
19. Çoğu yaşı insan en fazla kendi yaşlılarıyla mutlu olur.				
20. Yaşlıların kimseyi rahatsız etmeyecekleri bir yerde yaşaması en iyisidir.				
21. Yaşı insanlardan oluşan gruplar oldukça eğlencelidir.				
22. Bu günlerde toplumda yaşlıların durumu hakkında duyduklarımız üzüntü vericidir.				
23. Yaşı insanlar politik konularda konuşmaları için cesaretlendirilmelidir.				
24. Çok yaşı insanlar ilginç ve kendine özgüdür.				
25. Çok yaşı insanlarda kişisel bakımın kötü olduğu düşünülür.				
26. Yaşı biriyle yaşamayı tercih etmem.				
27. Çok yaşı insanlar aynı hikayeleri defalarca anlattıkları için rahatsız edici olabilirler.				
28. Yaşlılar diğer insanlara göre daha fazla şikâyet ederler.				
29. Yaşı insanlar gereksinimlerini karşılamak için çok fazla paraya ihtiyaç duymazlar.				

Form-4: Yaşlı Bireyler için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı kapsamında yürütülen, "Sağlık Çalışanlarında Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması"nı belirlemek amacıyla yapılan bir doktora tezidir. Araştırma, sağlık çalışanlarının ayrımcılık yapıp yapmadığını, yapıyorsa düzeyini ve yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı tutumlarını nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmak size bağlıdır ve istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırmanın veri toplanması aşamasında "Yaşlı Bireyler Demografik Bilgi Formu", "Mini Mental Test" ve "Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Ölçeği"ni doldurmanız istenecektir. Bilgi formu, ölçek ve anketlerin doldurulma süresi yaklaşık 30 dakikadır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından önemlidir. Bu nedenle değerlendirmelerinizi dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, bilimsel sonuçlar açısından son derece önemlidir. Bu araştırmadaki kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacak ve araştırmacı tarafından güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmada çıkan sonuçlar, kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmaksızın kongrelerde veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir.

Katılımınız için şimdiden teşekkürler.

Uzm. Hem. İrem ÖZEL BİLİM

İstanbul Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD

Abide-i-Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İSTANBUL

TEL: 0 553 453 71 72

Doç. Dr. Yasemin KUTLU (Tez danışmanı)

İstanbul Üniversitesi

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD

Abide-i-Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İSTANBUL

TEL: 0 212 440 00 00/27008

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklamalar yukarıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından da araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı, soyadı (belirtmek zorunlu değil):

İmza:

Tarih:

Araştırmacının;

Adı, soyadı:

İmza:

Tarih:

Form-5: Yaşlı Bireyler için Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız: _____
2. Cinsiyet
() Erkek () Kadın
3. Medeni durum
() Evli () Bekar () Dul () Boşanmış
4. Eğitim durumu
() Okur-yazar değil () Okur-yazar
() İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu
() Lise mezunu () Üniversite mezunu
5. Çalışma durumunuz nedir?
() Çalışıyor () Emekli
6. Aylık ortalama gelir durumunuz nedir? _____
7. Herhangi bir hastalığınız var mı?
() Var () Yok
8. Ölümünden korkar mısınız?
() Evet () Hayır
9. Sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilir misiniz?
() Evet () Hayır
10. Hemşireler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılır mısınız?
() Evet () Hayır
11. Hekimler tarafından ayrımcılığa maruz bırakılır mısınız?
() Evet () Hayır

Form-6: Yaşlı Bireylerin Sağlık Çalışanlarının Tutumlarını Algılama Ölçeği (YASTA)

Yönerge: Aşağıda sağlık çalışanlarının (hemşire ve doktor) yaşlı bireye yönelik tutumlarını gösteren ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeye katılma derecenizi %0 ile %100 arasında belirtiniz. %0 tamamen katılmadığınız, %100 tamamen katıldığınız anlamına gelmektedir. Sorunun cevabı konusunda emin değilseniz lütfen size uygun olan en yakın cevabı vermeye çalışın. Tüm soruların cevaplandırılması çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlıların mahremiyetine (gizliliğine) özen gösterirler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
2. Sağlık çalışanları, yaşlılara sağlık hizmeti verirken göz teması kurarlar.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
3. Sağlık çalışanları, yaşlıların sürekli hastalandıklarını düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
4. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlılara çocuk muamelesi yaparlar.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
5. Sağlık çalışanları, yaşlılara sağlık hizmeti verirken bir gün kendilerinin de yaşlanacağını farkında olarak iyi davranırlar.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
6. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlılarla iletişim kurmanın kolay olduğunu düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100

7. Sağlık çalışanları, yaşlıların unutkan olduğunu düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
8. Sağlık çalışanları, yaşlıların sabırlı olduğunu düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
9. Sağlık çalışanları, yaşlıların bencil olduğunu düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
10. Sağlık çalışanları, yaşlıların anlayışlı olduğunu düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
11. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlıların sağlık durumları ve tedavileriyle ilgili yaşlılara yeterli bilgi vermezler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
12. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlılara hoşgörülü davranırlar.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
13. Sağlık çalışanları, yaşlılara hizmet verirken sinirlenirler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
14. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlıların kendileriyle ilgili kararları daha iyi vereceklerini düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100

15. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlılara uygulanacak her türlü işlemde önce yaşının onayını (iznini) alırlar.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
16. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlıların iyi sağlık hizmeti alma hakkının olmadığını düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
17. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlılara saygılı davranırlar.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
18. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlıların seçim yapma özgürlüğünün olmadığını düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
19. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlılara eşit davranırlar.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
20. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlıları umursamazlar.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
21. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlıları sonuna kadar beklerler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
22. Sağlık çalışanları, yaşlılar şikâyetlerinden bahsederken başka bir şeyle ilgilenirler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100

23. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlılar yerine aileden ya da yakınlarından biriyle konuşmayı tercih ederler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
24. Sağlık çalışanları, yaşlıların evlerinin bakımsız ve kirli olduğunu düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
25. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlıların uyumlu olduklarını düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
26. Sağlık çalışanları, yaşlıların kendi yaşantılarını anlatarak insanları bunalttığını düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
27. Sağlık çalışanları, yaşlıları hayattan zevk alan kişiler olarak düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
28. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verirken yaşlılara nazik davranırlar.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
29. Sağlık çalışanları, yaşlıların çocuk gibi davrandığını düşünürler.	HEMŞİRE	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
	DOKTOR	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100

Varsa eklemek istedikleriniz

KATKILARINIZDAN DOLAYI TEŞEKKÜR EDERİZ.

ETİK KURUL KARARI

Ek-1: Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı (FYA) ölçeğini geliştiren Maryann Fraboni'den alınan izin

31.07.2018

Gmail - Fwd: FSA Fwd: Hello



İrem Özel <iremozel26@gmail.com>

Fwd: FSA Fwd: Hello

3 ileti

Yasemin Kutlu <ykutlu@gmail.com>
Alici: İrem Özel <iremozel26@gmail.com>

28 Temmuz 2018 13:47

----- Forwarded message -----
From: **Maryann** <drmfaboni@aol.com>
Date: 2016-03-17 1:36 GMT+02:00
Subject: FSA Fwd: Hello
To: ykutlu@gmail.com

Hello Yasemin,

Hope you are well.
I am sharing with you a response of mine to an individual from Indonesia regarding the FSA. His last question was of interest, regarding cutoff scores. My response suggested a need for some external categorization of high versus low ageism. Something to think about.
Let me know if you have ideas.
Hope you are well.
Best wishes,
Maryann Fraboni

"It is our work to seek hope and offer it generously." D. Sinclair

---- Original Message ----
From: Maryann <drmfaboni@aol.com>
To: phillboy.911 <phillboy.911@gmail.com>
Cc: ykutlu <ykutlu@gmail.com>
Sent: Wed, Mar 16, 2016 7:32 pm
Subject: Re: Hello

Greetings, Phillipus,

Thank you for contacting me. I hope I can be of assistance to you.

If I may, I will use your numbering as below to answer your questions.

1. Like any other tool, the validity and reliability of FSA between studies and across uses is commensurate (comparable) to the extent that the original wording and scaling was used and a similar sample.
First, in terms of samples, one may find differences between a sample of undergraduate students from North America and a sample of employed nurses from France. Those are likely to be real differences because the samples have many different characteristics (different demographic variables) and you can talk about population differences to the extent that each sample has been designed to be representative of a population. As such, you must always cite the sample characteristics of both groups where you are making a comparison.

Second, if the FSA has been translated from the original version AND if I have not been involved in the translation as specifically noted in the journal article, then those results are not likely to be comparable with the original FSA or your work. Please note: Some translations have involved the proper psychometric methods and many have not. Proper psychometric methods for translation involves considerable work. I would cite Yasemin Kutlu's translation to Turkish, Istanbul University, as among the best examples of a translation and cross-validation.

31.07.2018

Gmail - Fwd: FSA Fwd: Hello

Third, the FSA is on a 4-point Likert scale with NO NEUTRAL category. Please see the original article. In the absence of using a 4-point scale (1-4, and reverse scoring where indicated), your research will not have the validity of the original FSA or allow for comparisons. The research published using the FSA items with a 5-point Likert scale do not have the validity of the original FSA and are not comparable. In fact, those results cannot be used together to derive a scale score, as per the original. They can only be used as one would use individual questions on a survey. Unfortunately, those researchers did not have the necessary background in psychometrics to make the decision that they made and made it in error, rendering their work uncomparable.

2. Is it O.K. to reverse the scoring, you ask? I suppose it is but the original validation studies and all other research using the scale is not comparable to your work because you have changed the instrument. The validity and reliability of your work cannot be verified.

Also, if you reverse the scoring you cannot call it an Ageism Scale, obviously. It would then be a Not-Ageism Scale, which might be as awkward as a double-negative when you try to speak about scores in a sentence. Let me know what you think about that and what you do. Your question is an interesting one.

3. An interpretive cutoff score assumes there is something external we could work with as categories to correlate with the scores and something meaningful. For instance, if you had a representative sample of nurses and could categorize them as having xxxx number of complaints indicating their abuse of elderly versus some lower category, you might be able to establish a cutoff representing valid abuse.

That is hard to do since abuse of elderly is generally a low base rate within nurse statistics, comparatively speaking. You would have to have a fair amount of abuse going on and a large enough sample to gain statistical significance, and then you could establish cutoffs. I would be VERY glad to help you to establish this, and, I know my colleagues around the world give you as much of their time to assist as possible.

Do advise.

Dr. Maryann Fraboni

"It is our work to seek hope and offer it generously." D. Sinclair

----- Original Message -----

From: Phillipus Andre <phillboy.911@gmail.com>

To: DrMFraboni <DrMFraboni@aol.com>

Sent: Wed, Mar 16, 2016 9:12 am

Subject: Hello

Greetings, Mrs. Maryann Fraboni,

Sorry to interrupt you by sending this email.

My name is Phillipus, from Indonesia

I am a currently a medical student, the reason im sending this email is to ask you about the proper usage of the fraboni scale of ageism (FSA).

I've read your tool in the papers around the topic of ageism and i am wondering in these matter :

1. how do you actually compare the FSA across all the research done using the tool?

I found that some of the users of the tool actually convert the likert score of 1-5 (with min of 29, max score of 145) to another score (i.e. 1-4 with min score 29, max score of 116)

2. Is it okay to reverse the questionnaire scoring (only the scoring) to obtain a positive result only? (Ie. Reversing the score of a negative question)

3. Do you originally design the tool with a cut-off or a 'neutral' to work with?

If it is hard finding a suitable research documentation to compare.

Thank you for the time,

Hope to hear more from you.

Phillipus

Atma Jaya Catholic University of Indonesia

Faculty of Medicine

--

<https://mail.google.com/mail/u/1?ik=2b70d493ab&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1607230952493195708&dsqt=1&siml=msg-f%3A...> 2/8

31.07.2018

Gmail - Fwd: FSA Fwd: Hello

Yasemin Kutlu, Professor
Istanbul University,
Florence Nightingale Nursing Faculty
Mental Health and Psychiatric Nursing Department
00 212 440 00 00/27008

Yasemin Kutlu <ykutlu@gmail.com>
Alici: İrem Özel <iremoz26@gmail.com>

28 Temmuz 2018 13:54

----- Forwarded message -----
From: **Maryann** <drmfraconi@aol.com>
Date: 2016-05-04 5:33 GMT+03:00
Subject: Re: FSA Fwd: Hello
To: ykutlu@gmail.com

Hello Yasmin,
My apologies for the lapse in response.

Thank you Yasmin for your kind words regarding the FSA.

If you work on cut off scores I would like to be involved.

There are so many researchers using the FSA, all over the globe. Academia.edu shows me all the countries of individuals accessing the scale and scoring key. It amazes me. The number of people downloading the scale on average, is 72 each month. At some point, we should put out an invitation for researchers to develop cut off scores and share the data.

We will talk again soon.
Spring has finally come - where I live - and the flowers are coming up in the garden. I am glad to greet the long awaited sun!

Take care,
Maryann

"It is our work to seek hope and offer it generously." D. Sinclair

----- Original Message -----
From: Yasemin Kutlu <ykutlu@gmail.com>
To: Maryann <drmfraconi@aol.com>
Sent: Thu, Apr 7, 2016 1:34 am
Subject: Re: FSA Fwd: Hello

Hello Maryann,
I hope you are very well. I'm sorry for my late reply. Determining the cut-off scores of the scale would be good. We are planning a new research and want to determine the cut-off scores. We presented a project. But not yet been accepted. The determination of the psychometric properties of the scale in different countries will be strengthen the scale. You've developed a useful scale. Many people want to use in research. I congratulate you again.

See you soon.

Best wishes.

Yasemin

31.07.2018

Gmail - Fwd: FSA Fwd: Hello

2016-03-17 1:36 GMT+02:00 Maryann <drmfraconi@aol.com>:

Hello Yasemin,

Hope you are well.

I am sharing with you a response of mine to an individual from Indonesia regarding the FSA. His last question was of interest, regarding cutoff scores. My response suggested a need for some external categorization of high versus low ageism.

Something to think about.

Let me know if you have ideas.

Hope you are well.

Best wishes,

Maryann Fraboni

"It is our work to seek hope and offer it generously." D. Sinclair

----- Original Message -----

From: Maryann <drmfraconi@aol.com>

To: phillboy.911 <phillboy.911@gmail.com>

Cc: ykutlu <ykutlu@gmail.com>

Sent: Wed, Mar 16, 2016 7:32 pm

Subject: Re: Hello

Greetings, Phillipus,

Thank you for contacting me. I hope I can be of assistance to you.

If I may, I will use your numbering as below to answer your questions.

1. Like any other tool, the validity and reliability of FSA between studies and across uses is commensurate (comparable) to the extent that the original wording and scaling was used and a similar sample. **First**, in terms of samples, one may find differences between a sample of undergraduate students from North America and a sample of employed nurses from France. Those are likely to be real differences because the samples have many different characteristics (different demographic variables) and you can talk about population differences to the extent that each sample has been designed to be representative of a population. As such, you must always cite the sample characteristics of both groups where you are making a comparison.

Second, if the FSA has been translated from the original version AND if I have not been involved in the translation as specifically noted in the journal article, then those results are not likely to be comparable with the original FSA or your work. Please note: Some translations have involved the proper psychometric methods and many have not. Proper psychometric methods for translation involves considerable work. I would cite Yasemin Kutlu's translation to Turkish, Istanbul University, as among the best examples of a translation and cross-validation.

Third, the FSA is on a 4-point Likert scale with NO NEUTRAL category. Please see the original article. In the absence of using a 4-point scale (1-4, and reverse scoring where indicated), your research will not have the validity of the original FSA or allow for comparisons. The research published using the FSA items with a 5-point Likert scale do not have the validity of the original FSA and are not comparable. In fact, those results cannot be used together to derive a scale score, as per the original. They can only be used as one would use individual questions on a survey. Unfortunately, those researchers did not have the necessary background in psychometrics to make the decision that they made and made it in error, rendering their work uncomparable.

2. Is it O.K. to reverse the scoring, you ask? I suppose it is but the original validation studies and all other research using the scale is not comparable to your work because you have changed the instrument. The validity and reliability of your work cannot be verified. Also, if you reverse the scoring you cannot call it an Ageism Scale, obviously. It would then be a Not-Ageism Scale, which might be as awkward as a double-negative when you try to speak about scores in a sentence. Let me know what you think about that and what you do. Your question is an interesting one.

31.07.2018

Gmail - Fwd: FSA Fwd: Hello

3. An interpretive cutoff score assumes there is something external we could work with as categories to correlate with the scores and something meaningful. For instance, if you had a representative sample of nurses and could categorize them as having xxxx number of complaints indicating their abuse of elderly versus some lower category, you might be able to establish a cutoff representing valid abuse.

That is hard to do since abuse of elderly is generally a low base rate within nurse statistics, comparatively speaking.

You would have to have a fair amount of abuse going on and a large enough sample to gain statistical significance, and then you could establish cutoffs. I would be VERY glad to help you to establish this, and, I know my colleagues around the world give you as much of their time to assist as possible.

Do advise.

Dr. Maryann Fraboni

"It is our work to seek hope and offer it generously." D. Sinclair

----- Original Message -----

From: Phillipus Andre <phillboy.911@gmail.com>

To: DrMFraboni <DrMFraboni@aol.com>

Sent: Wed, Mar 16, 2016 9:12 am

Subject: Hello

Greetings, Mrs. Maryann Fraboni,

Sorry to interrupt you by sending this email.

My name is Phillipus, from Indonesia

I am a currently a medical student, the reason im sending this email is to ask you about the proper usage of the fraboni scale of ageism (FSA).

I've read your tool in the papers around the topic of ageism and i am wondering in these matter :

1. how do you actually compare the FSA across all the research done using the tool?

I found that some of the users of the tool actually convert the likert score of 1-5 (with min of 29, max score of 145) to another score (i.e. 1-4 with min score 29, max score of 116)

2. Is it okay to reverse the questionnaire scoring (only the scoring) to obtain a positive result only? (Ie. Reversing the score of a negative question)

3. Do you originally design the tool with a cut-off or a 'neutral' to work with?

If it is hard finding a suitable research documentation to compare.

Thank you for the time,

Hope to hear more from you.

Phillipus

Atma Jaya Catholic University of Indonesia

Faculty of Medicine

--

Yasemin Kutlu, Associate Professor

Istanbul University,

Florence Nightingale Nursing Faculty

Mental Health and Psychiatric Nursing Department

00 212 440 00 00/27008

--

Yasemin Kutlu, Professor

Istanbul University,

Florence Nightingale Nursing Faculty

Mental Health and Psychiatric Nursing Department

00 212 440 00 00/27008

Yasemin Kutlu <ykutlu@gmail.com>

28 Temmuz 2018 13:54

<https://mail.google.com/mail/u/1?ik=2b70d493ab&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1607230952493195708&dsqt=1&simpl=msg-f%3A...> 5/8

31.07.2018

Gmail - Fwd: FSA Fwd: Hello

Alici: İrem Özel <iremozel26@gmail.com>

----- Forwarded message -----
 From: **Yasemin Kutlu** <ykutlu@gmail.com>
 Date: 2016-04-07 8:34 GMT+03:00
 Subject: Re: FSA Fwd: Hello
 To: Maryann <drmfaboni@aol.com>

Hello Maryann,
 I hope you are very well. I'm sorry for my late reply. Determining the cut-off scores of the scale would be good. We are planning a new research and want to determine the cut-off scores. We presented a project. But not yet been accepted. The determination of the psychometric properties of the scale in different countries will be strengthen the scale. You've developed a useful scale. Many people want to use in research. I congratulate you again.

See you soon.

Best wishes.

Yasemin

2016-03-17 1:36 GMT+02:00 Maryann <drmfaboni@aol.com>:

Hello Yasemin,

Hope you are well.

I am sharing with you a response of mine to an individual from Indonesia regarding the FSA. His last question was of interest, regarding cutoff scores. My response suggested a need for some external categorization of high versus low ageism.

Something to think about.

Let me know if you have ideas.

Hope you are well.

Best wishes,

Maryann Fraboni

"It is our work to seek hope and offer it generously." D. Sinclair

----- Original Message -----
 From: Maryann <drmfaboni@aol.com>
 To: phillboy.911 <phillboy.911@gmail.com>
 Cc: ykutlu <ykutlu@gmail.com>
 Sent: Wed, Mar 16, 2016 7:32 pm
 Subject: Re: Hello

Greetings, Phillipus,

Thank you for contacting me. I hope I can be of assistance to you.

If I may, I will use your numbering as below to answer your questions.

1. Like any other tool, the validity and reliability of FSA between studies and across uses is commensurate (comparable) to the extent that the original wording and scaling was used and a similar sample. **First**, in terms of samples, one may find differences between a sample of undergraduate students from North America and a sample of employed nurses from France. Those are likely to be real differences because the samples have many different characteristics (different demographic variables) and you can talk about population differences to the extent that each sample has been designed to be representative of a population. As such, you must always cite the sample characteristics of both groups where you are making a comparison.

Second, if the FSA has been translated from the original version AND if I have not been involved in the translation as specifically noted in the journal article, then those results are not likely to be comparable with the original FSA or

31.07.2018

Gmail - Fwd: FSA Fwd: Hello

your work. Please note: Some translations have involved the proper psychometric methods and many have not. Proper psychometric methods for translation involves considerable work. I would cite Yasemin Kutlu's translation to Turkish, Istanbul University, as among the best examples of a translation and cross-validation.

Third, the FSA is on a 4-point Likert scale with NO NEUTRAL category. Please see the original article. In the absence of using a 4-point scale (1-4, and reverse scoring where indicated), your research will not have the validity of the original FSA or allow for comparisons. The research published using the FSA items with a 5-point Likert scale do not have the validity of the original FSA and are not comparable. In fact, those results cannot be used together to derive a scale score, as per the original. They can only be used as one would use individual questions on a survey. Unfortunately, those researchers did not have the necessary background in psychometrics to make the decision that they made and made it in error, rendering their work uncomparable.

2. Is it O.K. to reverse the scoring, you ask? I suppose it is but the original validation studies and all other research using the scale is not comparable to your work because you have changed the instrument. The validity and reliability of your work cannot be verified.

Also, if you reverse the scoring you cannot call it an Ageism Scale, obviously. It would then be a Not-Ageism Scale, which might be as awkward as a double-negative when you try to speak about scores in a sentence. Let me know what you think about that and what you do. Your question is an interesting one.

3. An interpretive cutoff score assumes there is something external we could work with as categories to correlate with the scores and something meaningful. For instance, if you had a representative sample of nurses and could categorize them as having xxxx number of complaints indicating their abuse of elderly versus some lower category, you might be able to establish a cutoff representing valid abuse.

That is hard to do since abuse of elderly is generally a low base rate within nurse statistics, comparatively speaking.

You would have to have a fair amount of abuse going on and a large enough sample to gain statistical significance, and then you could establish cutoffs. I would be VERY glad to help you to establish this, and, I know my colleagues around the world give you as much of their time to assist as possible.

Do advise.

Dr. Maryann Fraboni

"It is our work to seek hope and offer it generously." D. Sinclair

----- Original Message -----

From: Phillipus Andre <phillboy.911@gmail.com>

To: DrMFraboni <DrMFraboni@aol.com>

Sent: Wed, Mar 16, 2016 9:12 am

Subject: Hello

Greetings, Mrs. Maryann Fraboni,

Sorry to interrupt you by sending this email.

My name is Phillipus, from Indonesia

I am a currently a medical student, the reason im sending this email is to ask you about the proper usage of the fraboni scale of ageism (FSA).

I've read your tool in the papers around the topic of ageism and i am wondering in these matter :

1. how do you actually compare the FSA across all the research done using the tool?

I found that some of the users of the tool actually convert the likert score of 1-5 (with min of 29, max score of 145) to another score (i.e. 1-4 with min score 29, max score of 116)

2. Is it okay to reverse the questionnaire scoring (only the scoring) to obtain a positive result only? (Ie. Reversing the score of a negative question)

3. Do you originally design the tool with a cut-off or a 'neutral' to work with?

If it is hard finding a suitable research documentation to compare.

Thank you for the time,

Hope to hear more from you.

31.07.2018

Gmail - Fwd: FSA Fwd: Hello

Phillipus
Atma Jaya Catholic University of Indonesia
Faculty of Medicine

--
Yasemin Kutlu, Associate Professor
Istanbul University,
Florence Nightingale Nursing Faculty
Mental Health and Psychiatric Nursing Department
00 212 440 00 00/27008

--
Yasemin Kutlu, Professor
Istanbul University,
Florence Nightingale Nursing Faculty
Mental Health and Psychiatric Nursing Department
00 212 440 00 00/27008

**Ek-2:Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik
Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan alınan 04.01.2017 tarih 80558721/G-06
sayılı Etik kurul
izni**



**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI**

Prof. Dr.Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Uğur BİLGE
(Başkan Yardımcısı)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Biyostatistik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Altan EŞSİZÖĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Doç.Dr.Ömer KILIÇ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı /
Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

Doç. Dr. Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Av. Önder CAN
Avukat

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Makbule SARICIÇEK
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

Sayı: 80558721/G – 06
Konu: Karar – Öğrenci İrem ÖZEL BİLİM

04 Ocak 2017

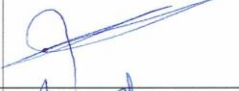
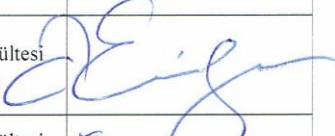
Sayın; Doç. Dr. F. Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz *“Sağlık Çalışanlarında Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması”* başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.



Doç. Dr. Uğur BİLGE
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI KARAR FORMU	
Başvuru Tarihi: 14.12.2016	Çalışmanın Başlığı: <i>"Sağlık Çalışanlarında Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması"</i> Çalışmacılar: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı - Doç.Dr.F.Yasemin KUTLU (Doktora Tez Danışmanı), Öğrenci İrem ÖZEL BİLİM (Doktora Tez Sahibi)
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 26.12.2016	Sonuç: 1. İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu Madde 2.23'te ifade edildiği üzere yaşlıların etkilenebilir özneler içinde olduğu dikkate alınmalıdır. 2. Hasta haklarına uyum zorunludur. 3. Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken en önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizliliklidir. 4. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır. 5. Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)'ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir. 6. Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır.
Karar Tarihi: 26.12.2016 Karar No: 07	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doç.Dr.F.Yasemin KUTLU (Doktora Tez Danışmanı) ve Öğrenci İrem ÖZEL BİLİM (Doktora Tez Sahibi) tarafından yürütülen <i>"Sağlık Çalışanlarında Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması"</i> başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof. Dr.Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2 Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3 Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4 Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı	
5 Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6 Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7 Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	
8 Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9 Doç. Dr. Ömer KILIÇ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
10 Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11 Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12 Av. Önder CAN	Hukuk	

Ek-3: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden alınan 11.01.2017 tarih 31568761-804.01-132-222 sayılı kurum izni



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 31568761- 804.01- 132- 222
Konu :

11.01.2017

Sayın:Uzm.Hem.İrem ÖZEL BİLİM
Akarbaşı Mah. Harmanyolu Sk. No:36 D-3 ESKİŞEHİR

İlgi: 06/01/2017 tarihli dilekçeniz

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup, "Sağlık Çalışanlarında Ayrımcılık Düzeyi ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması" isimli doktora tezinizin anket çalışmasını uygulama talebiniz, gönüllülük esaslı katılım koşulu ile Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Nurdan AŞAR
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 31568761- 804.01-
Konu :

11/24/2017

Sayın: Uzm.Hem.İrem ÖZEL BİLİM
Akarbaşı Mah. Harman yolu Sk. No:36 D-3 ESKİŞEHİR

İlgi: 06/01/2017 tarihli dilekçeniz

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup, "Sağlık Çalışanlarında Ayrımcılık Düzeyi ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması" isimli doktora tezinizin anket çalışmasını uygulama talebiniz, gönüllülük esaslı katılım koşulu ile Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Nurdan ACAR
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

10/01/2017 Memur A.BENLİ

10/01/2017 Yazı İşl.Müd.S.CANPAS

10/01/2017 Hast.Müd.H.YOLDAŞ

10/01/2017 Başmüdür M.SARIBARDAK

Ek-4: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden alınan 15.02.2017 tarihinde karşılıklı imzalanan Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile Bilimsel Araştırma Sahibi Arasında Yapılan Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol gereği 84987131-663.08 sayılı kurum izni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 84987131-663.08
Konu : Bilimsel Araştırma İzni/İrem ÖZEL BİLİM

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Eskişehir Devlet Hastanesi'nin 10/01/2017 tarihli ve 22205031-799-7 sayılı yazısı.

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Öğrencisi İrem ÖZEL BİLİM'in "Sağlık Çalışanlarında Ayrımcılık Düzeyi ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması" konulu araştırması Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonunda görüşülmüş olup, ekteki protokol hükümleri doğrultusunda çalışmanın yapılması ve sonucun bir örneğinin Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunu,

Gereği ile bilgilerinize rica ederim.

Dr. Erdiç ÖZKURT
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1- Komisyon Kararı
- 2- Protokol Metni

DAĞITIM:

- Eskişehir Devlet Hastanesi
- Sayın İrem ÖZEL BİLİM

Kırmızıtoprak Mh. Atatürk Cd. No:26 (Yunus Emre Devlet Hastanesi İki Eylül Binası)
Faks No:3351542-57

e-Posta:sevinc.atlier@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sevinc.atlier@saglik.gov.tr

Bilgi için:Sevinç ATLİER

Unvan:UZMAN

Telefon No:5426179794

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 60428eb6-7287-45db-bd1a-64aa710931e4 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

	ESKİŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	İrem ÖZEL BİLİM
Kurumu / Üniversitesi	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Araştırma Yapılacak İller	Eskişehir
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Eskişehir Devlet Hastanesi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Araştırmanın Konusu	“Sağlık Çalışanlarında Yaşlı Ayrımcılığı Düzeyi ve Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Yaşlı Bireyler Tarafından Algılanması”
Ön İzin Formu	(X) Var / () Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (X) Var / () Yok Üniversite / Kurum Talebi (X) Var / () Yok Etik Kurul Kararı (X) Var / () Yok Araştırma Yöntemi Örneği (X) Var / () Yok Araştırma Detay Formu (X) Var / () Yok Kurumsal Kimlik Belgesi (X) Var / () Yok Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu (X) Var / () Yok Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (X) Var / () Yok
Veri Toplama Araçları	Sağlık çalışanları için anket formu ve “Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği (FYA)”
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Şubat-Temmuz 2017
Görüş İstenilecek Birimler	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Araştırma Sahibi arasında “Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol” imzalanmasını takiben araştırmanın yapılmasına müsaade edilmiştir. Araştırma sonucunun bir örneği Genel Sekreterliğe teslim edilecektir.	
Komasyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

14/02/2017

KOMİSYON


Komasyon Başkanı
Dr. Erdiç ÖZKURT
 Tıbbi Hizmetler Başkan V.



Üye
Memet Sait DEMİRHAN
 Mali Hizmetler Başkanı



Üye
Seher KAYA
 Uzman



Üye
Sevinç ATILIER
 Uzman



**T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

**ESKİŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İLE
BİLİMSEL ARAŞTIRMA SAHİBİ ARASINDA YAPILAN
ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNE İLİŞKİN PROTOKOL**

15./02/2017

**ESKİŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İLE
BİLİMSEL ARAŞTIRMA SAHİBİ ARASINDA
ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNE İLİŞKİN PROTOKOL**

AMAÇ

MADDE 1- Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği ve bağlı sağlık tesislerinde gerçekleştirilmek istenen bütün bilimsel araştırmalara ait çalışmaların yürütülmesi ile ilgili iş ve işleyişi belirlemek amacıyla iş bu protokol hazırlanmıştır.

KAPSAM

MADDE 2- Bilimsel araştırmaya ait çalışmanın yapılacağı sağlık tesisinden ön izini alınmış olan ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Başvuru İnceleme Komisyonunda onaylanmış olan bilimsel araştırmaları içine alan bu protokolün kapsamı, araştırma sahibinin gerek araştırma süresince gerekse araştırma sonunda yerine getireceği hususlardan oluşturmaktadır.

DAYANAK

MADDE 3- Bu protokol belgesi, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının,

- a) 02/03/2016 tarihli ve 41304669/604.02.99/798/00020138316 sayılı yazısı,
- b) 29/06/2015 tarihli ve 41304669/774.99/1788/00011535738 sayılı yazısı,
- c) Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu Hasta Deneyimi HHD08 standardı,
- d) Sağlık Bakanlığı Makamının 20/02/2013 tarihli ve 1488 sayılı Onayına ilişkin Yönergeye dayanılarak hazırlanmıştır.

TANIMLAR

MADDE 3- Bu protokolda geçen,

Genel Sekreterlik: Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğini

Sağlık Tesisleri: Genel Sekreterliğe bağlı hastaneyi

Araştırmacı: Bilimsel araştırmanın sahibi ya da yürütücüsünü

Araştırma Yürütücüsü: Araştırma yöntemini uygulayan kişiyi (anketör, gözlemci, mülakatı yapan v.b)

Araştırma Sahibi: Araştırma yürütücüsünün danışmanı olan kişi ya da kurumu.

Çalışma: Araştırma sahibinin/yürütücüsünün bilimsel araştırmasıyla ilgili Genel Sekreterlik veya sağlık tesislerinde uygulamaya geçireceği araştırma yöntemini ifade eder.

TARAFLAR

MADDE 4- Bu protokolün tarafları Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile Araştırmacı İrem ÖZEL BİLİM'dir.

Tarafların tebligat ve haberleşme bilgileri aşağıdaki gibidir.

- a) Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Adres: Kırmızı Toprak Mahallesi Atatürk Caddesi No:26 Odunpazarı/ESKİŞEHİR
Tel: (0222) 3201012 Fax: (0222) 3351542 E-posta adresi: eshastaneler@gmail.com
- b) Araştırmacı kişi/kurum: İrem ÖZEL BİLİM
Adres: Abide-i Hürriyet Cad. 34381 Şişli/İSTANBUL
Tel: 0553 453 71 72 E-posta adresi: iremozel26@gmail.com

YÜKÜMLÜLÜKLER

MADDE 5- Araştırmacı, çalışması ile ilgili etik kurul ve diğer izinlerin gerekip gerekmediğini kendisi araştırır ve izinlerin sorumluluğunu üstlenir.

MADDE 6- Çalışmayı gerçekleştiren araştırmacı kişi/kurum, protokolde imzası bulunan kişi/kurum ile aynı kişi/kurum olacaktır.

MADDE 7- Çalışma yürütülürken Genel Sekreterlik Başvuru İnceleme Komisyonunca izin verilen kapsamın dışına çıkmayacaktır.

- a) Kapsam dışı bölüm ya da birimlerde çalışma yapılmayacaktır
- b) Çalışmanın evrenine kapsam dışı örneklem dahil edilmeyecektir
- c) Kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

MADDE 8- Hastanın araştırma ve deneysel çalışmalara katılımı ile hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hastanın kendisi ya da yasal vasisinden aydınlatılmış onam formu alınacak ayrıca hasta mahremiyetine özen gösterilecektir.

MADDE 9- Çalışmanın süresi sağlık tesisi ön izin formunda ve Genel Sekreterlik Başvuru İnceleme Komisyonu kararında belirtilen tarih aralığı ile sınırlıdır.

MADDE 10- Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınacak, gönüllü katılımı olumsuz etkileyecek ve fiziksel/ruhsal sağlığı tehdit edecek soru, durum ve tutumlardan kaçınılacaktır.

MADDE 11- Çalışma içeriğinde katılımcıya ait kişisel bilgilere yer verilmeyecek (ad-soyad, telefon, adres v.b), özel hayatın korunmasına özen gösterilecektir.

MADDE 12- Çalışma kurumun esas faaliyetini aksatmayacak şekilde yürütülecektir.

MADDE 13- Çalışmanın yapıldığı alanda, araştırmacıdan/çalışmadan kaynaklanabilecek fiziki zararlar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

MADDE 14- Çalışma Genel Sekreterlik tarafından onaylanmasına/protokol imzalanmasına rağmen başlatılmadığında, her hangi bir sebeple yarıda bırakıldığında veya araştırmacı değişikliğine gidildiğinde, araştırmacı durumu Genel Sekreterliğe yazılı olarak beyan etmekle yükümlüdür.

MADDE 15- Araştırma sonucunun teslimi ile ilgili olarak,

- a) Klinik araştırmalarda, araştırma sona erdikten en geç otuz gün içerisinde, sorumlu araştırmacı hazırlayacağı ayrıntılı sonuç raporunu Genel Sekreterliğe vermekle mükelleftir. Uzun süreli klinik araştırmalarda, sonuç raporu dışında, altışar aylık dönemlerde ara rapor da vermesi gereklidir.
- b) Klinik araştırmalar dışındaki araştırmalarda, Genel Sekreterlik ya da sağlık tesisi tarafından istendiği takdirde, araştırma sona erdikten en geç otuz gün içerisinde araştırma sonucunun bir örneği araştırmacı tarafından isteyen kuruma teslim edilecektir.

MADDE 16- Araştırmanın sonucu Genel Sekreterliğin bilgisi/izni dışında yayınlanmayacak/ilan edilmeyecektir.

MADDE 17- Destekleyici ile yürütülecek araştırmalarda Sağlık Bakanlığı Makamının 20/02/2013 tarihli ve 1488 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren “Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalarla İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge” hükümleri geçerlidir.

- a) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından bütçe bedeli belirlenen çalışmalarda, çalışmanın gerçekleştirildiği kuruma yapılan ödeme belgeleri, çalışmanın bitimini takiben, araştırmacı tarafından Genel Sekreterliğe ibraz edilecektir.
- b) Bu protokolün tüm hükümleri destekleyici ile yürütülecek araştırmalarda da geçerlidir.

MADDE 18- Gerekli gördüğünde, tarafların mutabakatı ile protokol belgesinde değişikliğe gidilebilir.

MADDE 29- Yapılacak olan çalışma Genel Sekreterliğe ve sağlık tesisine herhangi bir maddi yükümlülük getirmeyecektir.

MADDE 20- Protokol hükümlerine aykırı hareket edildiğinin tespiti halinde Genel Sekreterlik bu protokolü tek taraflı fesh hakkına sahiptir.

MADDE 21- Bu protokolden kaynaklanacak sorunların çözümünde, idari olarak Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, adli hususlarda ise Eskişehir Mahkemeleri yetkilidir.

MADDE 22- Bu protokol 22 (yirmi iki) madde ve 3 (üç) sayfadan ibaret olup hükümleri taraflarca okunmuş ve uygulanmak üzere 15/02/2017 tarihinde iki nüsha olarak imzalanarak yürürlüğe girmiştir.

Dr. Erdinç ÖZKURT
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkan V.

İmza/Mühür

İrem ÖZEL BİLİM
Bilimsel Araştırmacı
İmza

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI AYRIMCILIĞI DÜZEYİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TUTUMLARININ YAŞLI BİREYLER TARAFINDAN ALGILANMASI

ORJİNALLİK RAPORU

%20	%16	%12	%7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%2
2	ŞİŞMAN, Fatma Nevin and KUTLU, Yasemin. "Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği'nin (YUGDÖ) Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2016. Yayın	%2
3	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	%1
4	e-dergi.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İrem	Soyadı	ÖZEL BİLİM
Doğ.Yeri	Eskişehir	Doğ.Tar.	02.11.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	32722513162
Email	iremozelbilim@gmail.com	Tel	0 553 453 71 72

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi	2018
Yük.Lis.	Marmara Üniversitesi	2010
Lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	2006
Lise	Eskişehir Yunusemre Lisesi (YDA)	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	2017-Halen
2.	Öğretim Görevlisi	Üsküdar Üniversitesi	2013-2015
3.	Araştırma Görevlisi	Maltepe Üniversitesi	2009-2013
4.	Hemşire	İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2007-2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	61,250	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı (2015 İlkbahar)	71,47176	67,40640	57,81587
ALES Puanı (2011 İlkbahar)	78.690	73.737	57.831
ALES Puanı (2007 İlkbahar)	81.783	81.795	81.455

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi
SPSS 21	Çok İyi
Lisrel 8.80	Çok İyi
STATISTICA 12	Çok İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- ÖZEL BİLİM İREM, BÜLEZ AYSEL (2018). Cam Tavandan Yansımalar. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 7(1), 48-58. (Uluslararası) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 4290883)
- ÖZEL BİLİM İREM, BÜLEZ AYSEL (2018). The State of Disabled Women in The Business World. International Journal of Eurasia Social Sciences, 9(32), 1284-1297. (Uluslararası) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 4317667)
- TOPAK YASEMİN, DURUK NAZİKE, ÖZEL BİLİM İREM, TÜRE YILMAZ AYSUN, KÖSGEROĞLU NEDİME (2018). BİRİNCİ VE DÖRDÜNCÜ SINIF HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE İLETİŞİM BECERİLERİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ. 17. Ulusal Hemsirelik Öğrencileri Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4236640)
- ÖZEL BİLİM İREM (2017). İyi Meme-Iyi Ben (Nesne İlişkileri ve Bağlanma Kuramına Göre Emzirmenin Önemi). 2. Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:4290374)
- ÖZEL BİLİM İREM, BÜLEZ AYSEL (2017). Çalışma Dünyasında Engelli Kadının Yeri. 1. Uluslararası Kadın Araştırmaları Sempozyumu, 46 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3617960)
- ÖZEL BİLİM İREM, BÜLEZ AYSEL (2017). Cam Tavandan Yansımalar. 1. Uluslararası Kadın Araştırmaları Sempozyumu, 210 (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:3617981) BAYRAM SERAP, ÖZEL BİLİM İREM, DİNÇER YELİZ (2016). Informal Communication in Healthcare(Gossip and Rumour): Nurses' Attitudes. Athens Journal Of Health, 3(4), 307-318. (Yayın No: 4290752)
- BAYRAM SERAP, ÖZEL BİLİM İREM, DİNÇER YELİZ (2015). Informal Communication in Healthcare(Gossip and Rumour): Nurses' Attitudes. 1st Annual International Conference on Nursing (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4290777)
- "III.Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemsireliği Kongresi" "Günümüzde Psikiyatri Hemsireliği: Yapı Tasları ve Yeni Ufuklar", "III.Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemsireliği Kongresi" "Günümüzde Psikiyatri Hemsireliği: Yapı Tasları ve Yeni Ufuklar", Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi, Sertifika, 01.09.2014 -03.09.2014 (Uluslararası)
- HORATIO, European Psychiatric Nursing Congress, HORATIO, European Psychiatric Nursing Congress, Harbiye Military Museum Cultural Center, Sertifika, 31.10.2013 -02.11.2013 (Uluslararası)
- YURT SEHER, BAYRAM SERAP, GÜR KAMER, ÖZEL BİLİM İREM, ARDIÇ ELİF (2012). Adölesanların Beslenme Egzersiz Davranışlarının Belirlenmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:522942)
- "Sokakta Yasayan Çocuklar İçin Terapötik Bakış Açısı Ve Uygulamasının Tanıtılması", "Change For Traumatized Children: Therapeutic Approaches That Work For Street Children" Uluslararası Sempozyum, "Sokakta Yasayan Çocuklar İçin Terapötik Bakış Açısı Ve Uygulamasının Tanıtılması", "Change For Traumatized Children: Therapeutic Approaches That Work For Street Children" Uluslararası Sempozyum, İstanbul Maltepe Üniversitesi, Sertifika, 08.11.2012 -08.11.2012 (Uluslararası)

- II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Erzurum, Sertifika, 04.10.2012 - 07.10.2012 (Uluslararası)
- Sağlıkla İlgili Gelişmelerin Hemşireliğe Yansıması, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Haftası Etkinliği, Sağlıkla İlgili Gelişmelerin Hemşireliğe Yansıması, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Haftası Etkinliği (Etkinlik Komisyonu Üyesi), Maltepe Üniversitesi, Sertifika, 16.05.2012 -16.05.2012 (Ulusal)
- “Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Öğrencileri Bilgi Paylaşım Günleri I”, “Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Öğrencileri Bilgi Paylaşım Günleri I” (Etkinlik Komisyonu Üyesi), Maltepe Üniversitesi, Sertifika, 28.12.2011 - 29.12.2011 (Ulusal)
- ÖZEL BİLİM İREM,BAHÇECİK AYSE NEFİSE (2011). Hemşirelerin Profesyonelliğe İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi. 15. Uluslararası Hemşirelik Araştırmaları Konferansı (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:520788)
- Hemşirelikte Yönetim Kongresi, Hemşirelikte Yönetim Kongresi, İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim-Araştırma Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi, Sertifika, 05.11.2010 - 07.11.2010 (Ulusal)
- Hemşirelikte İş Gücü Planlama Kursu, Hemşirelikte İş Gücü Planlama Kursu, İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim-Araştırma Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi, Kurs, 05.11.2010 -07.11.2010 (Ulusal)
- “Hemşirelik Mesalesinin Yakıldığı Kent İSTANBUL” Sempozyumu, “Hemşirelik Mesalesinin Yakıldığı Kent İSTANBUL” Sempozyumu (Düzenleme Kurulu Üyesi), Maltepe Üniversitesi, Sertifika, 12.05.2010 - 12.05.2010 (Ulusal)
- Kalp Kapak Hastalıklarında Girişimsel Tedavide Yenilikler Konulu Hemşirelik Sempozyumu, Kalp Kapak Hastalıklarında Girişimsel Tedavide Yenilikler Konulu Hemşirelik Sempozyumu, Amerikan Hastanesi, Vehbi Koç Vakfı, Sertifika, 27.02.2010 -27.02.2010 (Ulusal)
- ARSLAN ÖZKAN HEDİYE,ÖZEL BİLİM İREM (2010). İstanbul da Farklı Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Son Yıllardaki Yasal Değişikliklere İlişkin Görüşleri. VIII. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:522384)
- Sağlık Yönetiminde GELECEK, Sağlık Yönetiminde GELECEK, Sağlık Yöneticileri Zirvesi, Sertifika, 30.01.2010 -31.01.2010 (Ulusal)
- Örnek Problem ve Çözüm Odaklı Biyoistatistik ve Epidemiyoloji Sempozyumu, Örnek Problem ve Çözüm Odaklı Biyoistatistik ve Epidemiyoloji Sempozyumu, Amerikan Hastanesi, Sertifika, 12.12.2009 - 12.12.2009 (Ulusal)
- 7. Ulusal Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık Sempozyumu, 7. Ulusal Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık Sempozyumu, TÜBİTAK ULAKBİM Türk Tıp Dizini Komitesi, Sertifika, 20.11.2009 -20.11.2009 (Ulusal)
- İME-DC Int. Medical Equipment Diabetes Care Germany Kan Sekeri Ölçüm Sistemleri Eğitim Programı, İME-DC Int. Medical Equipment Diabetes Care

Germany Kan Sekeri Ölçüm Sistemleri Eğitim Programı, İstanbul, Sertifika, 03.06.2009 -03.06.2009 (Ulusal)

- Her Gün Bir Fark Yaratmak, Her Gün Bir Fark Yaratmak, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, Sertifika, 13.05.2008 - 13.05.2008 (Ulusal)

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Keman Çalmak, Yüzmek, Puzzle Yapmak

