

Ankara Tabip Odasına Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Hekimlerin Profili

Araştırma Raporu

Eylül 2009
Ankara



ANKARA TABİP ODASINA KAYITLI 65 YAŞ VE ÜZERİ HEKİMLERİN PROFİLİ

ARAŞTIRMA RAPORU

(TÜRK GERİATRİ DERNEĞİ'NİN KATKILARIYLA)



EYLÜL 2009
ANKARA

Bu kitabın tüm yasal hakları Ankara Tabip Odası'na ait olup, kurumun yazılı izni olmadan depolanamaz, kopyalanamaz, çoğaltılamaz.

ARAŞTIRMA EKİBİ

Dr. Dilek ASLAN
Dr. Serdal KANUNCU
Dr. Yeşim GÖKÇE-KUTSAL

KAPAK TASARIMI

Sinan SOLMAZ
Cem TEMUÇİN

ISBN 978-605-5867-21-8

Dizgi ve Baskı:
Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tan. San. Tic. Ltd. Şti
G.M.K. Bulvarı 83/23 Maltepe / Ankara
Tel: 229 15 02

ÖNSÖZ

Doğuşta beklenen yaşam süresinin giderek uzaması ile yaşlılık ve sorunları üzerinde daha fazla durmak gerektiği açıktır. Fiziksel, biyolojik tüm çevresel etkenlerden daha yoğun etkilenilen bu dönemde, mesleğini yaşam biçimine dönüştüren hekimlerin koşullarını belirlemek amacı ile Ankara Tabip Odası (ATO) Halk Sağlığı Komisyonu ve Türk Geriatri Derneği çalışanları tarafından odamıza kayıtlı 65 yaş ve üzeri hekimlerin yaşamlarına ilişkin bazı özellikler ve koşulları belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmış ve yürütülmüştür. Altmışbeş yaş ve üzeri hekimlerin sosyo-demografik özellikleri, yaşam davranışları çalışma koşulları, sosyal yaşam aktivitelerine ve yaşam kalitesine ilişkin bazı özelliklerin belirlendiği bu çalışmada, ATO ve Türk Geriatri Derneği tarafından konu ile ilgili yapılabilecek katkıların içeriğinin belirlenmesi de amaçlanmıştır.

Ankara Tabip Odası bütüncül bakış açısıyla, hekimlerin sadece aktif çalışma yaşamında oldukları anda değil; mesleğin ilerleyen ve biyolojik olarak yaşlılık dönemine denk gelen dönemlerinde de onlarla ilgili olan sorumlu bir anlayışı sürdürmeyi hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşmamıza ve konu ile gerçekleştirilecek diğer çalışmalara önemli katkı sağlayacak bu çalışmada emeği geçenlere, bu çalışmaya katılan değerli meslektaşlarımıza ve birlikte çalıştığımız Türk Geriatri Derneği çalışanlarına ATO Yönetim Kurulu adına teşekkür ederim.

Prof. Dr. Gülriz ERSÖZ

ATO Yönetim Kurulu Başkanı

www.ato.org.tr

SUNU

Tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmeler ve doğum oranlarındaki azalma, toplumların yaşlanmasında temel taşı oluşturmuştur. Özellikle kalp hastalıkları ve inmeye bağlı mortalitedeki düşüş, sigara içimi, yüksek kan basıncı ve yüksek serum kolesterol düzeyi gibi risk faktörlerinin kontrol altına alınmaya başlanmış olması sağ kalımdaki artışta önemli rol oynamıştır.

Türkiye’de son yirmi yılda doğurganlık hızlarında azalma, nüfus kompozisyonunda önemli değişikliklere neden olmuştur. Altmışbeş yaş ve üzeri yaştakilerin toplam nüfus içindeki payı 2005 yılında %5,9 a ulaşmıştır ki, bu 4.249.100 kişi demektir. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan projeksiyonlar; 2005 yılında 6.147.000 olan 60 yaş ve üzerindeki kişilerin sayısının, 2015 yılında 8.442.700, 2025 yılında ise 12.055.400 olacağını bildirmektedir. Türkiye’de hayatta kalma beklentisi 2005 yılı itibari ile 70,8 yıl iken, 2015 de 72,3 yıl, 2023 de ise 74,1 yıl olacağı ön görülmektedir.

Hastalıklar ve yeti yitimleri yaşlılarda diğer yaş gruplarına göre çok daha ön plandadır ve bu nedenle yaşlı grubun gereksinimleri de 21. yüzyılda katlanarak artacaktır. Yaşlılardaki süregen hastalıklar, yaşam kalitesinde bozulmaya ve ciddi boyutlara varan sağlık harcamalarına neden olarak ekonomik açıdan da ağır bir yük oluşturmaya devam etmektedir. Hastalık ve yeti yitimi gibi risklerin yaşlı insanlarda belirgin bir artış göstermesine rağmen, sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Çoğu kronik hastalığa bağlı yeti kaybı ve ölüm koruyucu önlemlerle azaltılabilir. Bu aşamadaki en önemli kritik sorun yaşlıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması konusunda yeterli bilgi birikiminin olmamasıdır. Dolayısı ile yaşlılığın çoklu sorunlarını irdeleyen kapsamlı araştırmalara ve ülkemizin gerçekleri doğrultusunda çözüm önerilerinin geliştirilmesine gereksinim vardır.

Toplumsal açıdan kişinin yaşlı olarak algılanması, onun bazı rol ve statü kayıpları yaşaması olarak tanımlanabilir. Buna karşın ilerleyen zaman içinde yeni bazı statüler kazanmaktadır ki, aslında bu yaşamına anlam katacaktır. Gerek toplumsal, gerekse kişisel açıdan yaşlılığın bir sorun

olarak algılanmasının temel nedeni; yaşlı bireyin kendine yetememesinden kaynaklanmaktadır. Fiziksel ve mental kayıplar, günlük yaşam ve kendine bakım aktivitelerinde bağımsız olamaması ve bir başkasına gereksinim duyması yaşlılığı sıkıntı verici bir duruma getirmektedir. Bu durumdaki yaşlılar için ya evde bakıma ya da kurum bakımına gereksinim duyulmaktadır. Bu süreçte sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması da göz ardı edilmemesi gereken bir başka sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlanmaya bağlı yeti kayıplarının ve hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon giderlerinin artması, yaşlılarda görülme sıklığı artan hastalıklara bağlı sorunların yoğunlaşması, yaşlanmanın altında yatan yapısal ve işlevsel mekanizmaların gün geçtikçe daha fazla aydınlığa kavuşması; yaşlı sağlığına yönelik çalışmalara sadece gereksinimin değil ilginin de artmasına neden olmaktadır.

Huzurevleri veya bakımevleri yaşlıların akrabaları ile birlikte anlamlı bir paylaşım ortamı yaratılmasına yarar sağlayabilmektedir. Bununla birlikte son yıllarda yoğun bir şekilde tartışılan; “yerinde yaşlanma”, toplum içinde bakım: yaşlılara ve ailelerine yaşlıların alışkın oldukları kendi ev ortamında en az sorunlar ile yaşayabilmesini sağlamak için gerekli desteğin sağlanması ve bunun için toplum kaynaklarının aktarılması esasına dayanmaktadır. Pek çok Dünya ülkesinde benimsenen bu görüşe göre amaç; yaşlı insanların toplum içinde yaşayıp, normal bir sosyal yaşam sürdürmeleri ve buna bağlı olarak da fiziksel ve ruhsal sağlıklarından daha fazla keyif almaları ve üretkenliklerini sürdürebilmeleridir. Bu aşamada kuşaklar arası iletişimin, yaşlıların deneyim ve birikimlerinin gençler ile paylaşılmasının ve gençlerin katkıları ile toplumsal değişimlerin ve pek çok yeniliklerin farkında olunmasının da yaşlıya olumlu katkıları olacağının da göz ardı edilmemesi gerekir. Toplum temelli yaşlı bakım hizmetlerinin amacı huzurevlerine erken başvuruların önlenmesidir.

Unutulmamalıdır ki; yaşlılar açısından “iyilik” halinin değerlendirilmesi aşamasında beş parametre göz önüne alınmaktadır;

A-Fiziksel iyilik: Bilinçli ve düzgün beslenme alışkanlıkları geliştirmek, düzenli fiziksel aktivite ve zararlı alışkanlıklardan uzak durmaktır.

B-Manevi iyilik: Yaşamda bir amacın olması, güçlü etik değerlere ve ahlaka sahip olunması

C-Zihinsel iyilik: Zihnin öğrenmeyle uyarılması, problem çözebilme ve yaratıcılık süreçlerinin devam etmesi

D-Sosyal iyilik: İyi ilişkilerle güzel iletişim kurulabilmesi, topluma ve çevreye pozitif katkıda bulunabilme

E-Duygusal iyilik: Başkalarına ve kendisine karşı olan düşünceleri anlayabilme, duygusal açıdan dengede olabilme önemlidir.

Genel olarak insanın kendine fiziksel, duygusal, sosyal, ruhsal ve ekonomik açıdan daha iyi bakabilmeye çalışması, emeklilik döneminde yaşamını yeniden düzene sokması, bu aşamada önüne çıkan olanakları değerlendirmesi ve yaşamının son dekatlarını heyecanlı bir hale getirmesi; “yaşamına yıllar katarken yıllara da yaşam katması”nın temel hareket noktaları olması gerektiği ifade edilmektedir.

Çağdaş Dünyada her yaşlı birey toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına ve hakkına sahip olmalıdır ve üretken yaşlılığın yolu da sağlıklı yaşlanmadan geçer. Hekimlerin yaşlanan nüfusun gereksinimlerini en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim almaları ve deneyim kazanmaları, yaşlı bireylerin toplum içinde aktif olmalarına ve aktif yaşlanma şansına ve hakkına sahip olmalarına önemli bir katkı sağlayacaktır. Bu açıdan pratisyen meslektaşlarımız ve tüm uzmanlık dallarındaki hekimler son derece anlamlı bir misyon üstlenmektedirler, dolayısıyla gerek temel tıp eğitiminin ve gerekse tüm uzmanlık eğitimlerinin her aşamasında “yaşlı sağlığı” konusu ele alınmalı, pediatriye verilen önem geriatriye de verilmelidir. Böylesi kapsamlı bir tanım, “iyi hekimlik uygulamaları” çerçevesinde kapsamlı bir yaklaşımı da gerektirmektedir. Yaşlıya yaklaşımda değişik uzmanlık dallarının sadece kendi bilgi ve deneyimleri değil, ayrıca bunların çok yönlü paylaşımı da yararlı olacaktır. Her uzmanlık dalına mensup hekimler ve pratisyen meslektaşlarımız diğer uzmanların birikimlerinden yararlanacak, sınırlar genişleyecek ve sonuçta hekimler “yaşlı sağlığı” konusunda kendi temel uzmanlık dallarının ve deneyimlerinin üstünde bir bilgi ve beceri donanımına sahip olacaklardır. Bu donanımın da mesleki gelişimlerine ve hastalarına sundukları hizmetlere olumlu katkıları yadsınamaz.

Bu düşüncelerden hareketle oluşumunu tamamlayan Türk Geriatri Derneği'nin kuruluş ilkesine göre; gerek koruyucu ve gerekse tedavi edici

yaklaşımlar bağlamında hemen her uzmanlık dalındaki hekimler ve pratisyen meslektaşlarımız önemli misyonlar üstlenmektedirler. Derneğin etkinlik alanları; geriatri konusundaki gelişmelerin paylaşılması amacı ile uluslar arası Science Citation Index Expanded kapsamında yer alan; Türk Geriatri Dergisi'ni yayınlamak, ulusal ve uluslar arası kurslar, sempozyumlar ve kongreler düzenlemek, araştırmalar yapmak, projeler geliştirmek ve uygulamak, üyelerine destek sağlamak, bilimsel yayınlar yapmak ve toplumun “Sağlıklı Yaşlanma” konusunda bilinçlendirilmesi için halk eğitimine yönelik çalışmalar gerçekleştirmektir. Ayrıca ülkemizde yaşlı sağlığı konusunda giderek ivme kazanan bilimsel çalışmaların yurt dışında da tanıtılması için uluslar arası kuruluşlar ile iş birliği içinde olunması da derneğin en önemli misyonlarından birisidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklamalarında Dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve başta demans olmak üzere mental hastalıkların arttığı, yaşla beraber gelen komorbiditenin artmasında en önemli faktörler olan sigara, sedanter yaşam tarzı, obezite, sağlıksız ve bilinçsiz beslenme gibi olumsuz faktörlerin önüne geçilebilmesi için daha kapsamlı ve süregelen çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir. Sağlık alanındaki bu açılımlar psikososyal, ekonomik ve toplumsal açıdan da ele alınmalı ve yaşlanan toplumların yaşlanan insanları ile ilgili araştırmaların yönlendireceği politikalar ivedilikle gündeme alınmalıdır.

Bu bağlamda 65 yaş üzerindeki meslektaşlarımızın profilini kapsamlı bir şekilde irdeleyerek önemli bir veri oluşturacak bu araştırmayı düzenleyen, gerçekleştiren, katkı sunan ve rapor haline getiren tüm değerli meslektaşlarıma, Doç. Dr. Dilek Aslan'a, Uzm. Dr. Eriş Bialoğlu'na ve Uzm. Dr. Serdal Kanuncu'ya özverili çalışmalarından dolayı teşekkürlerimi sunar, meslektaşlarımıza yararlı olmasını dilerim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Yeşim GÖKÇE-KUTSAL

Türk Geriatri Derneği Yönetim Kurulu Başkanı
www.geriatri.org

Teşekkür

Bu araştırmanın Ankara Tabip Odası (ATO) ve Türk Geriatri Derneği yöneticilerinin katkısıyla gerçekleşmiştir. Araştırmanın planlanmasından sonlandırılmasına kadar yoğun emek veren Türk Tabipleri Birliği (TTB) Genel Sekreteri Sayın Dr. Eriş Bilaloğlu'na, emeği geçen ATO çalışanlarına, Türk Geriatri Derneği çalışanlarına, görüş ve katkı sunan Halk Sağlığı komisyonu üyelerine, değerli zamanlarını ayırarak araştırmaya katılan meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

İçindekiler	Sayfa no
Önsöz	3
Sunu	5
Teşekkür	9
İçindekiler	10
Giriş	11
Amaçlar	15
Gereç ve yöntem	16
Bulgular	20
Tartışma	37
Öneriler	45
Kaynaklar	46
Ek 1. Anket formu	49

I. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğduğu andan itibaren bireyin yaşamını belli yaş gruplarına ayırmıştır: bebeklik, çocukluk, ergenlik, erişkin dönem ve yaşlılık. Yaşlılık döneminde de kişinin beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlığa bütüncül yaklaşımın korunması önem taşımaktadır (1,2). Yaşlılar açısından iyilik hali üzerine bazı ilave görüşler de bulunmaktadır. Bu bağlamda Yaşlılar açısından genel anlamda “iyilik hali” beş açıdan ele alınabilir (3,4);

- ✓ Fiziksel iyilik: Bilinçli ve düzgün beslenme alışkanlıkları geliştirmek, düzenli fiziksel aktivite yapmak ve zararlı alışkanlıklardan uzak durmaktır.
- ✓ Manevi iyilik: Yaş ilerlemiş olsa da kişinin yaşamda bir amacının olması, güçlü etik değerlere ve ahlaka sahip olmasıdır.
- ✓ Zihinsel iyilik: Zihnin sürekli olarak öğrenmeyle uyarılması, problem çözebilme ve yaratıcılık süreçlerinin devam etmesidir.
- ✓ Sosyal iyilik: İyi ilişkilerle güzel iletişim kurulabilmesi, topluma ve çevreye pozitif katkıda bulunabilmek için çaba gösterilmesidir.
- ✓ Duygusal iyilik: Başkalarına ve kendisine karşı olan düşünceleri anlayabilme, duygusal açıdan dengede olabilmeyi başarmaktır. Yaşlılara yönelik olarak geliştirilecek politikalarda ileriye dönük çok yönlü planlamaların yapılması ve söz konusu parametrelerin göz önüne alınması gerekmektedir.

Yaşlılık DSÖ tarafından yapılan tanıma göre 65 yaş ve üzeri dönem olarak tanımlanmaktadır (5). Birleşmiş Milletler ise yaşlılığı 60 yaş ve üzerini “yaşlı” nüfus olarak kabul etmektedir (6). Dünyada ülkeler ve toplumlar arasında doğuştan beklenen yaşam süresi ortalamasının farklılığından dolayı 65 yaş ve üzeri nüfus sayısı olarak aynı değildir (7). Bireysel yaşlanmadan daha önde olan toplumsal yaşlanma kavramı bu noktada önem taşımaktadır

Toplumsal düzeyde yaşlanmanın değerlendirilebilmesi için de tanımlama yapılmıştır (8):

- ✓ *Genç Toplum:* 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının % 4'den az olduğu toplumdur.
- ✓ *Olgun Toplum:* 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının % 4-7 olduğu toplumdur.
- ✓ *Yaşlı Toplum:* 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının %7-10 olduğu toplumdur.
- ✓ *Çok Yaşlı Toplum:* 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının % 10'un üzerinde olduğu toplumdur (9).

Gelişmiş toplumların daha çok yaşlı ve çok yaşlı toplumlar; az gelişmiş toplumların da daha çok genç ve olgun toplumlar olduğu bilinmektedir. Ancak gelişmekte olan ülkelerin de kısa süre içinde demografik değişimin yaşlılık eksenine doğru hızla ilerledikleri ifade edilmektedir (10).

Hekimlik bireyin tıp fakültesine girdiği andan yaşamının sonuna kadar yaşadığı, hatta yaşam biçimi haline getirdiği bir meslek olarak tanımlanmaktadır. Profesyonel meslek ya da aktif çalışma yaşamı ise bireyin tıp fakültesinden mezun olduğu andan çalışma yaşamını sonlandırdığı ana kadar geçen süre olarak tanımlanabilir. Aktif çalışma yaşamının sonlandırılması ise çoğunlukla emeklilik süreci olarak tanımlanan bir dönemde meydana gelir. Emeklilik yaşı Dünyanın pek çok bölgesinde farklı tanımlanmaktadır. Bu tanımlama aslında bireylerin doğuştan beklenen yaşam süreleri ile de farklılaşabilmektedir. Dünyanın bir bölgesinde doğuştan beklenen yaşam süresi 80'li yıllara ulaşmışken özellikle az gelişmiş olan Afrika Kıta'sında kimi ülkelerde 40'lı yaşlar düzeyindedir (11,12).

Yaşlanma sürecinde olan hekimler DSÖ tanımına uygun olarak 65 yaş ve üzerindeki bireylerdir. Ancak; bu yaş grubunun tamamı emeklilik sürecinde değildir. Bu durumun farklı gerekçeleri bulunmaktadır. Kimi hekimler için aktif çalışma yaşamının içinde olmak üretmenin bir biçimi olarak kabul edilirken bazı hekimler çalışmayı yaşamlarını sürdürebilmek için bir gereklilik olarak görmektedirler. Bu durumda hekimlerin dinlenme, yaşamın farklı alanlarında üretme gibi yaşlılık ya da emeklilik dönemlerinin daha kişisel tercihlerle geçirilmesi beklenen dönemini zorunlu çalışma süreci olarak geçirmeleri söz konusu olmaktadır.

Meslek örgütleri hekimlerin mesleğe aktif olarak başladıkları andan itibaren mesleki değerlerin toplum yararıyla birlikte korunması, hekimliğin nitelikli olarak yapılabilmesi için gerekli koşulların sağlanması amacıyla her düzeyde çaba gösteren, hekimlerin de bu süreçte birlikte hareket etmelerine olanak sağlayan demokratik kitle örgütleridir. Meslek örgütleri aynı zamanda hekimlerin seçme ve seçilme haklarının demokratik bir işleyiş ile sürdürüldüğü kurumsal bir yapılanmaya sahiptir.

Yurtdışı örneklere benzer biçimde, bilindiği üzere Türkiye’de ulusal ölçekte hekimlerin meslek örgütü Türk Tabipleri Birliği (TTB)’dir. TTB; örgütlenme modeli olarak illerde Tabip Odaları yapılarıyla ülkenin tamamını kapsayan bir örgütlenme ağına sahiptir. Ankara Tabip Odası (ATO) da TTB bünyesinde, Ankara’da yaşayan ve mesleğini yürüten hekimlerin yukarıda adı geçen görevleri sürdürdüğü bir kurum özelliğindedir. Sağlığa bütüncül bakış açısıyla yaklaşan ATO hekimlerin sadece aktif çalışma yaşamında oldukları anda değil; mesleğin ilerleyen ve biyolojik olarak yaşlılık dönemine denk gelen dönemlerinde de onlarla ilgili olan sorumlu bir anlayışa sahiptir. Daha önce TTB tarafından emekli hekimlerin yaşam ve sağlık koşullarına ilişkin değerlendirmelerin yapıldığı bir çalışma da yürütülmüştür (13).

Yaşlılık döneminde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için mesleğe özel sivil toplum örgütlerinin yeri de son derece önemlidir. Meslek örgütlenmesi olarak düşünüldüğünde ise yaşlı hekimlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından çalışmalara katkı sunan Türk Geriatri Derneği konuya özel çaba içindedir.

Bu araştırma ATO Halk Sağlığı Komisyonu ve Türk Geriatri Derneği çalışanları tarafından ATO'ya kayıtlı 65 yaş ve üzeri hekimlerin yaşamlarına ilişkin bazı özellikler ve koşulları belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

II. Amaçlar

Ankara Tabip Odası üyesi 65 yaş ve üzeri hekimlerin;

1. Bazı sosyo-demografik özelliklerin belirlenmesi (cinsiyet, medeni durum, sosyal güvenceye sahip olma durumu),
2. Sağlıklı/riskli yaşam davranışlarının saptanması (sigara, alkol tüketimi, fizik egzersiz yapma, vb),
3. Herhangi bir kronik sağlık sorunu olma durumlarının belirlenmesi,
4. Meslek ve çalışma koşullarının belirlenmesi,
5. Sosyal yaşam aktivitelerine ilişkin özelliklerin saptanması,
6. Yaşam kalitesine ilişkin bazı özelliklerin belirlenmesi,
7. ATO ve Türk Geriatri Derneği tarafından konu ile ilgili yapılabilecek katkıların içeriğinin belirlenmesi,
8. Konu ile ilgili ileride yapılacak olan çalışmalara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

III. Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evreni ve örnekleme:

Araştırmanın evrenini ATO üyesi 65 yaş ve üzeri 831 hekim oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem seçilmemiş; evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Ancak 274 hekimden geri dönüş olmuştur. Araştırmanın bulgular bölümünde 274 kişiye ilişkin veriler sunulmuştur. Ancak yanıt verilmeyen sorular olduğunda katılımcı sayısı ilgili değişkenin yanında parantez içinde belirtilmiştir.

Araştırmanın tipi:

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte epidemiyolojik bir çalışmadır.

Araştırmada veri toplama yöntemi ve kullanılan araç:

Araştırmaya başlanmadan önce ATO 65 yaş ve üzeri hekimlerin adres ve kayıt güncellemeleri yapılmıştır. Bu süreç tamamlandıktan sonra oluşturulan anket formu hekimlerin adreslerine iadeli taahhütlü postalama yöntemi ile iletilmiştir. Adrese ulaşmayan anketler daha sonra görevlendirilmiş bir ATO çalışanı tarafından elden iletilmiştir. Anketler adreslerin tamamına ulaştırılmıştır. Geri dönüşlerin sağlanabilmesi için ise anketi geri iletmeyen katılımcılara iki kez telefon edilmiştir.

Araştırmada kullanılan anket formunda beş temel bölüm yer almıştır (Ek 1):

Bölüm I- Sosyo-Demografik Özellikler İle İlgili Sorular

Bölüm II- Meslek Ve Çalışma Koşulları İle İlgili Bilgiler

Bölüm III- Alışkanlıklar Ve Hastalık Öyküsü İle İlgili Sorular

Bölüm IV- Sosyal Yaşam Aktiviteleri Ve Kendi İşlerini Yapabilme İle İlgili Sorular

Bölüm V- Yaşam Kalitesi İle İlgili Sorular

Araştırmada hekimlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için 1987 yılında Ware tarafından geliştirilen ve sağlığın bileşenlerini değerlendirmek üzere tasarlanmış, toplam otuz altı soruluk SF-36 anketi formu kullanılmıştır. Anketin İngilizce orijinal formu çeviri, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkiye’de kullanılmaya başlanmıştır

(14-16). SF-36 formunun bileşenleri ve ilgili soruları aşağıda belirtilmiştir:

- ✓ Genel sağlık algısı; 1,33,34,35,36 (en düşük puan 5, en yüksek 25, olası ham puan 20)
- ✓ Fizik fonksiyonellik; 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 (en düşük 10, en yüksek 40, olası ham puan 20)
- ✓ Fiziksel rol; 13,14,15,16 (en düşük 4, en yüksek 8, olası ham puan 4)
- ✓ Canlılık; 23,27,29,31 (en düşük 4, en yüksek 24, olası ham puan 20)
- ✓ Genel ruh sağlığı; 24,25,26,28,30 (en düşük 5, en yüksek 30, olası ham puan 25)
- ✓ Duygusal rol; 17,18,19 (en düşük 3, en yüksek 6, olası ham puan 3)
- ✓ Ağrı; 21,22 (en düşük 2, en yüksek 12, olası ham puan 10)
- ✓ Sosyal fonksiyonellik; 20,32 (en düşük 2, en yüksek 10, olası ham puan 8)

Puan hesaplaması: Elde edilen puan – en düşük ham puan / olası ham puan
* 100

Puanlamalar:

Soru 1

Cevap	Formdaki değer	Puan
Mükemmel	1	5,0
Çok iyi	2	4,4
İyi	3	3,4
Orta	4	2,0
Kötü	5	1,0

Soru 33, 35

Cevap	Formdaki değer	Puan
Mükemmel	1	1
Çok iyi	2	2
İyi	3	3
Orta	4	4
Kötü	5	5

Soru 34, 36

Cevap	Formdaki değer	Puan
Mükemmel	1	5
Çok iyi	2	4
İyi	3	3
Orta	4	2
Kötü	5	1

Soru 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12

Cevap	Formdaki değer	Puan
Mükemmel	1	5
Çok iyi	2	4
İyi	3	3
Orta	4	2
Kötü	5	1

Soru 13,14,15,16

Cevap	Formdaki değer	Puan
Evet	1	1
Hayır	2	2

Soru 23,27,26,30

Cevap	Formdaki değer	Puan
Her zaman	1	6
Çoğu zaman	2	5
Epeyce	3	4
Arada sırada	4	3
Çok ender	5	2
Hiçbir zaman	6	1

Verilerin analizi:

Araştırma verilerinin girişi ve değerlendirmesi için Statistics Package for Social Sciences(SPSS) istatistiksel paket programı kullanılmıştır.

Araştırmanın zaman çizelgesi:

Konu seçimi :	Ekim 2008
Literatür tarama :	Kasım 2008-Temmuz 2009
Anket uygulaması :	Ocak 2009
Verilerinin girişi ve değerlendirilmesi:	Şubat-Nisan 2009
Rapor yazımı :	Nisan-Ağustos 2009
Sonuçların hekimler/kamuoyu ile paylaşımı:	30 Eylül 2009 (Basın Toplantısı)
Raporun katılımcılara gönderilmesi:	Ekim 2009

Etik konular:

1. Araştırmanın yürütülebilmesi için Türk Geriatri Derneği tarafından gelen öneri üzerine Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu değerlendirme yapmış ve konu ile ilgili yönetim kurulu kararı almıştır (Her iki kurumun karar defterlerinde ilgili kararlara ulaşılabilir).
2. Postalama yöntemi ile iletilen anket formlarının birinci sayfasında aydınlatılmış onam formu yer almıştır.
3. Araştırmanın amacı, uygulama süreci ile ilgili ayrıntılar anket formu ile birlikte katılımcılara postalanmıştır.
4. Anket formunu doldurmanın gönüllülük esasına göre olduğu anket formunun ilk sayfasında yer almıştır.
5. Anket formu aracılığı ile elde edilen kişisel bilgiler saklı tutulmuş ve araştırmanın amaçları dışında kullanılmamıştır.
6. Araştırma sonuçları rapor haline getirilmiştir. Araştırmaya katılan hekimlere rapor iletilmiştir.

IV. Bulgular

Araştırmanın bulguları hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bazı bilgiler, meslek ve çalışma koşulları ile ilgili bilgiler, sağlık konusundaki bazı alışkanlıklar-hastalık öyküsü, sosyal yaşam aktiviteleri-kendi işlerini yapabilme durumu ve yaşam kalitesi ile ilgili özellikler olmak üzere beş temel başlıkta sunulmuştur.

Bölüm I- Sosyo-Demografik Özellikler İle İlgili Bulgular

Tablo 1. Hekimlerin sosyo-demografik bazı özellikleri (Ankara, 2009)

Özellik	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	209	76,6
Kadın	64	23,4
Medeni durum		
Evli	231	84,3
Eşinden ayrılmış/eşi ölmüş	35	5,8
Evli değil	8	2,9
Yaş grubu		
65-74	139	50,7
75-84	115	42,0
85 ve üzeri	20	7,3
Ortalama±ss	74,9±6,3	
Ortanca	74	
Sağlık güvencesi varlığı		
Emekli Sandığı	257	93,8
Bağ-Kur	11	4,1
Kurum	2	0,7
SSK	2	0,7
Özel	2	0,7
Toplam	274	100,0

Araştırmaya katılan hekimlerin %76,6'sı erkek (209 kişi) ve %23,4'ü kadındır (64 kişi). Grubun çoğunluğu (%84,3; 231 kişi) evlidir. Hekimlerin

yaş ortalaması $74,9 \pm 6,3$ olup yaklaşık yarısı 65-74 yaş arasındadır (%50,7; 139 kişi). Katılımcıların 6'sının (%2,1) kurum, SSK ya da özel sağlık sigortası bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2. Hekimlerin yaşadıkları yere ilişkin bazı bilgiler (Ankara, 2009)

Özellik	Sayı	%
Halen evinde kimlerle birlikte yaşadığı (n=269)		
Eşiyle	182	67,7
Eşi ve çocuklarıyla	52	19,3
Yalnız	30	11,2
Çocuklarıyla	4	1,5
Kardeşleriyle	1	0,3
Doğduğundan bu yana Ankara'da yaşama durumu (n=265)		
Evet	64	24,2
Hayır	201	75,8
Ankara'ya nereden geldiği (n=184)		
Köy	7	3,8
İlçe	36	19,6
Şehir	141	76,6

Hekimlerin çoğunluğu (%67,7; 182 kişi) eşi ile birlikte yaşadıklarını belirtmiştir. Otuz kişi (%11,2) yalnız yaşamaktadır. Grubun büyük çoğunluğu (%75,8; 201 kişi) doğduğundan bu yana Ankara'da yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Yaklaşık her dört hekimin üçü Ankara'ya bir başka şehirden geldiğini belirtmiştir (%74,6; 141 kişi) (Tablo 2).

Tablo 3. Hekimlerin mesleki yaşamlarına ilişkin bazı bilgiler (Ankara, 2009)

Özellik	Sayı	%
Meslek (n=267)		
Pratisyen hekim	13	4,7
Uzman hekim	254	95,3
Mezun olunan okul (n=271)		
Ankara	162	59,8
İstanbul, Cerrahpaşa	103	38,0
Ege	4	1,6
Hacettepe	1	0,3
Sofya	1	0,3
Meslekte çalışma süresi (n=266)		
1-10	2	0,8
11-20	2	0,8
21-30	10	3,7
31-40	73	27,4
41 ve üzeri	179	67,3
Ortalama±ss	44,05±0,4	
Ortanca	43	
Günde ortalama çalışma saati (n=246)		
1-8	153	62,2
9 ve üzeri	93	37,8
Ortalama±ss	8,2±2,6	
Ortanca	8	
Ekonomik durumun değerlendirmesi (n=256)		
İyi	123	48,0
Orta	126	49,2
Kötü	7	2,8
Bakmakla yükümlü olduğu kişi (n=122)		
Yok	149	54,9
Var*	122	45,1
Eşi	72	59,5
Çocukları	38	31,4
Annesi	5	4,1
Kardeşleri	4	3,3
Öğrenci okutuyor	2	1,7

*Bir kişi bakmakla yükümlü olduğu kişiyi belirtmemiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %95,3'ü (254 kişi) uzman hekim olduğunu belirtmiştir. Grubun çoğunluğu (%97,8; 269 kişi) Ankara, İstanbul ve Cerrahpaşa tıp fakültelerinden mezundur. Hekimlerin meslekteki ortalama çalışma süresinin $44,05 \pm 0,4$ yıl ve günde ortalama çalışma süresinin de $8,2 \pm 2,6$ saat olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumunu hekimlerin %48,0'ı (123 kişi) iyi, %49,2'si (126 kişi) orta ve %2,8'i (7 kişi) kötü olarak ifade etmiştir. Grubun %45,1'i (122 kişi) bakmakla yükümlü olduğu herhangi bir kişi olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Bölüm II- Meslek ve Çalışma Koşulları ile İlgili Bulgular

Tablo 4. Hekimlerin çalışma durumu (Ankara, 2009)

Özellik	Sayı	%
Halen çalışma durumu (n=269)		
Çalışmıyor	147	54,6
Çalışıyor*	122	45,4
Özel Tıp Merkezi	78	66,7
Muayenehane	17	14,5
Tıp Fakültesi	16	13,7
Diğer Kurumlar	6	5,1
Çalışma yaşamı sonlandığında hissedilen duygu (n=121)**		
Rahatlamış	106	72,1
Mutlu	75	51,0
Boşlukta	72	48,9
Tedirgin	20	13,6
Kaygılı	19	12,9

* Çalışanların 117'si nerede çalıştıklarını belirtmiştir.

**Her bir kategorinin yüzdesi n=147 üzerinden alınmıştır.

Hekimlerin 147'si (%54,4) çalışmadığını belirtmiştir. Çalışanların çoğunluğu özel tıp merkezinde çalışmaktadır (%66,7; 78 kişi). Çalışma yaşamı sonlandığında hekimlerin %72,1'i (106 kişi) rahatlamış, %51,0'ı (75 kişi) mutluluk, %48,9'u (72 kişi) boşluk, %13,6'sı (20 kişi) tedirginlik ve %12,9'u (19 kişi) kaygı hissetmişlerdir (Tablo 4).

Bölüm III- Alışkanlıklar ve Hastalık Öyküsü ile İlgili Bulgular

Tablo 5. Hekimlerin sigara içme durumlarına ilişkin bilgiler (Ankara, 2009)

Özellik	Sayı	%
Sigara içme durumu (n=271)		
Hiç içmedi	119	43,9
İçti bıraktı	124	45,8
Halen içiyor	28	10,3
Sigara içme süresi (ay)*		
Ortalama±ss	44,71±11,1	
Ortanca	46	
Günde içilen sigara adedi*		
Ortalama±ss	9,8±9,3	
Ortanca	7	

*Halen içenler ve içmiş bırakmış olanlar

Katılımcıların 119'u (%43,9) hiç sigara içmemiş, 124'ü (%27,5) içip bırakmış, 28'i (%10,3) halen sigara içmektedir (Tablo 5).

Tablo 6. Hekimlerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin bazı özellikler (Ankara, 2009)

Özellik	Sayı	%
Beslenme alışkanlıklarını değerlendirme (n=271)		
Çok sağlıklı	19	7,0
Sağlıklı	232	85,6
Sağlıksız	8	3,0
Fikri yok	12	4,4
Tüketilen öğün sayısı (n=252)		
Bir	185	73,4
İki	15	6,0
Üç	42	16,7
Dört	1	0,4
Altı	9	3,5
Ortalama tüketilen öğün sayısı		
Ortalama±ss	1,55±1,01	
Ortanca	1	
Öğün dışı atıştırma durumu (n=262)		
Hemen hergün	66	25,2
Sık aralıklarla	24	9,2
Arada sırada	47	17,9
Çok seyrek	51	19,5
Hemen hiç	74	28,2
Günde içilen ortalama su miktarı (bardak)		
Ortalama±ss	5,88±2,28	
Ortanca	5	

Katılımcıların %85,6'sı (232 kişi) beslenme alışkanlıklarını sağlıklı olarak değerlendirmektedir. Ortalama tüketilen öğün sayısı 1,55±1,01 olarak bulunmuştur. Hekimlerin %25,5'i (66 kişi) hemen hergün, %9,2'si (24 kişi) sık aralıklarla, %17,9'u (47 kişi) arada sırada öğün dışı atıştırdıklarını ifade etmişlerdir. Günde içilen su miktarının ortalama değeri 5,88±2,28 bardak olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. Hekimlerin öğün tüketme sıklıkları (Ankara, 2009) (%)

Öğün Aışkanlıkları	Hergün	Günaşırı	Haftada 1- 2 kez	Ayda 1-2 kez	Daha seyrek/hiç
Sabah Kahvaltısı (n=267)	93,3	0,7	3,7	1,1	1,1
Öğle Yemeği (n=250)	92,8	1,2	4,4	0,4	1,2
Akşam yemeği (n=268)	97,0	0,4	1,5	0,7	0,4

Araştırmaya katılan hekimlerin çoğunluğu sabah kahvaltısı, öğle yemeği ve akşam yemeğini hergün tüketmektedirler (sırasıyla %93,3, %92,8 ve %97,0) (Tablo 7).

Tablo 8. Hekimlerin uyku süreleri ve fizik egzersiz yapma durumlarına ilişkin bazı bilgiler (Ankara, 2009)

Özellik	Sayı	%
Uyku süresi (saat) (n=262)		
Ortalama±ss	6,97±1,14	
Ortanca	7	
Fizik egzersiz yapma durumu (n=265)		
Hayır	131	49,4
Evet*	133	50,2
<i>Yürüyüş</i>	88	71,0
<i>Kültür fizik</i>	26	21,0
<i>Tenis</i>	4	3,2
<i>Fitness</i>	3	2,4
<i>Yüzme</i>	2	1,6
<i>Bisiklet</i>	1	0,8

*Sekiz kişi yaptığı egzersiz türünü belirtmemiştir.

Hekimlerin ortalama uyku süreleri 6,97±1,14 olarak bulunmuştur. Hekimlerin %50,2'si (133 kişi) düzenli olarak fizik egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir. En sık yapılan egzersiz yürüyüş olmuştur (%71,0) (Tablo 8).

Tablo 9. Hekimlerin kendi ifadelerine göre sağlık/hastalık durumlarına ilişkin bazı bilgiler (Ankara, 2009) (n=271)

Özellik	Sayı	%
Kronik hastalık varlığı		
Yok	40	14,8
Var	231	85,2
<i>Hipertansiyon</i>	92	40,2
<i>KAH</i>	31	13,5
<i>DM</i>	21	9,2
<i>Metabolik sendrom</i>	19	8,3
<i>Hiperlipidemi</i>	14	6,1
<i>Prostat hipertrofisi</i>	12	5,2
<i>Aritmi</i>	9	3,9
<i>Astım</i>	4	1,7
<i>Gut</i>	4	1,7
<i>Glokom</i>	3	1,3
<i>KOAH</i>	3	1,3
<i>Meme ca</i>	3	1,3
<i>Mide ülseri</i>	3	1,3
<i>Depresyon</i>	2	0,9
<i>Hipotiroidi</i>	2	0,9
<i>Osteoporoz</i>	2	0,9
<i>Parkinson</i>	2	0,9
<i>Gastrit</i>	1	0,4
<i>Kardiyomiyopati</i>	1	0,4
<i>Psöriazis</i>	1	0,4
İlaç kullanma durumu		
Kullanmıyor	38	14,0
Kullanıyor	233	86,0
Sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşama durumu		
Yaşamıyor	239	88,2
Yaşıyor*	32	11,8
<i>Bekleme süresi uzun</i>	13	52,0
<i>Genç hekimler deontoloji konusunda yeterli özeni göstermiyor</i>	4	16,0
<i>Bazı ilaçların ödenmemesi ekonomiyi zorluyor</i>	2	8,0
<i>Randevu almakta zorlanıyor</i>	2	8,0
<i>Yoksulluk sınırında emekli maaşı</i>	1	4,0
<i>Hastalığı nedeniyle ulaşamıyor</i>	1	4,0
<i>Hangi hastaneye ne ölçüde başvuracağını bilemiyor</i>	1	4,0
<i>Herkesin yaşadığı sıkıntı</i>	1	4,0

*Zorluk yaşadığını ifade edenlerin 7'si neden belirtmemiştir.

Hekimlerin %85,2'si (231 kişi) sürekli olarak ilaç kullanmasını gerektirecek veya bir başka hekim tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Kronik bir hastalığı olan katılımcıların %40,2'si (92 kişi) hipertansiyon, %13,5'i (31 kişi) kalp ve damar sistemi hastalıkları, %9,2'si (21 kişi) DM, %8,3'ü (19 kişi), %6,1'i (14 kişi) hiperlipidemi ve %5,2'si (12 kişi) prostate hipertrofisi olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %86,0'ı (233 kişi) sürekli olarak ilaç kullandığını belirtmiştir. Hekimlerin %88,2'si (239 kişi) sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşamadığını ve %11,8'i (32 kişi) zorluk yaşadığını vurgulamıştır. Bekleme süresinin uzunluğu (%52,0; 13 kişi) ve genç hekimlerin deontoloji konusuna özen göstermemeleri (16,0; 4 kişi) bu konuda gösterilen iki neden olmuştur (Tablo 9).

Tablo 10. Hekimlerin sosyal yaşam aktiviteleri ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2009) (%)

Aktivite	Hergün	Arasına	Hiç
Gazete okuma (n=271)	93,4	5,9	0,7
Televizyon seyretme (n=271)	90,8	7,7	1,5
Radyo dinleme (n=235)	37,0	45,1	17,9
Ev gezmesi-arkadaş ziyareti yapma (n=261)	16,1	79,3	4,6
Kahvehaneye gitme (n=236)	5,9	11,4	82,6
Gezintiye çıkma (n=255)	18,4	75,7	5,9
Başkaları tarafından ziyaret edilme (n=256)	16,8	79,7	3,5

Araştırmaya katılanların %93,4'ü hergün gazete okuduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %90,8'i hergün televizyon izlediğini belirtirken, sadece %1,5'i televizyon seyretmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %45,1'i ara sıra radyo dinlediğini belirtmiştir. Katılımcıların %79,8'inin ara sıra ev gezmesi, arkadaş ziyareti yaptığı saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %82,6'sı hiç kahvehaneye gitmemektedir. Hekimlerin %75,7'si ara sıra gezintiye çıktığını belirtmiştir. Katılımcıların %79,7'si ara sıra başkaları tarafından ziyaret edildiğini ifade etmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Hekimlerin kendi işlerini yapabilmeleri ile ilgili bazı özellikler (Ankara, 2009) (%)

Özellik	Bağımsız yapabilenler	Birisinden yardım alarak yapabilenler	Yapamayanlar
Telefon edebilme (n=269)	97,4	2,2	0,4
İlaç kullanabilme (n=264)	97,7	1,9	0,4
Yemek/mutfak işlerini yapabilme (n=252)	90,9	4,0	5,2
Banyo yapabilme (n=266)	97,7	2,3	-
Tuvalete gidebilme (n=268)	100,0	-	-
Giyinebilme (n=267)	98,9	1,1	-
Yemek yiyebilme (n=267)	100,0	-	-
Toplu taşıma araçlarından yararlanabilme (n=256)	92,2	2,3	5,5
Para ile ilgili işleri yapabilme (alışveriş, banka) (n=267)	94,4	3,7	1,9

Araştırmaya katılanların %97,4'ü telefon edebilme, %97,7'si ilaç kullanabilme, %90,9'u yemek, mutfak işlerini yapabilme, %97,7'si banyo yapabilme, %100,0'ı tuvalete gidebilme, %98,9'u giyinebilme, %100,0'ı yemek yiyebilme, %92,2'si toplu taşıma araçlarından yararlanabilme, %94,4'ü para ile ilgili (alışveriş, banka) işleri yapabilme gibi günlük aktivitelerini bağımsız olarak yapabildiğini ifade etmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Hekimlerin bazı yardımcı cihazları kullanma durumları (Ankara, 2009)

Cihaz	İhtiyaç var*		İhtiyaç yok
	Kullanıyor	Kullanmıyor	
Gözlük (n=265)	255(98,4)	4(1,6)	6(2,3)
İşitme cihazı (n=142)	23(27,1)	62(72,9)	57(40,1)
Baston (n=149)	24(26,9)	65(73,1)	60(40,3)
Diş protezi (n=198)	128(75,9)	42(24,1)	24(14,2)

*İhtiyacı olanların kendi içindeki yüzdeleri alınmıştır

Katılımcıların %2,3'ü gözlüğe, %40,1'i işitme cihazına, %40,3'ü bastona, %14,2'si diş protezine ihtiyaç duymadıklarını ifade etmişlerdir. Gözlüğe ihtiyacı olanların %98,4'ü gözlük kullandıklarını; %1,6'sı kullanmadıklarını belirtmişlerdir. İşitme cihazına ihtiyacı olanların %72,9'u, bastona ihtiyacı olanların %73,1'i, diş protezine ihtiyacı olanların %24,1'i ihtiyaç duydukları araçları kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 12).

Tablo 13. Hekimlerin “yaşam kalitesi” kavramına ilişkin tanımlamaları bilme durumları (Ankara, 2009)

Tanımlama	Sayı	%
Eksik	143	67,1
Yanlış	59	27,7
Doğru	11	5,2
Toplam*	213	100,0

*61 kişi cevap vermemiştir.

Hekimlerin yaşam kalitesi kavramını bilme durumları incelendiğinde yanıt verenlerin %5,2'sinin (11 kişi) doğru bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir. Grubun çoğunluğu eksik (%67,1; 143 kişi) ve yanlış (%27,7; 59 kişi) bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 14. Hekimlerin genel sağlık durumlarını değerlendirmeleri (Ankara, 2009)

Değerlendirme	Sayı	%
Halen (n=268)		
Mükemmel	6	2,2
Çok iyi	38	14,2
İyi	159	59,3
Fena değil	61	22,8
Kötü	4	1,5
Geçen yıla göre (n=266)		
Bir yıl önceye göre çok daha iyi	3	1,1
Bir yıl önceye göre daha iyi	12	4,5
Hemen hemen aynı	210	78,9
Bir yıl önceye göre daha kötü	39	14,7
Bir yıl önceye göre çok daha kötü	2	0,8

Araştırmaya katılanlardan 159 kişi (%59,3) sağlık durumunu “iyi” şeklinde ifade etmiştir. Katılımcılardan 61 kişi (%22,8) sağlık durumunu “fena değil” ve 4 kişi (%1,5) sağlık durumunu “kötü” olarak belirtmiştir. Araştırmaya katılanlardan 210 kişi (%78,9) araştırma yapıldığı andaki sağlık durumlarını geçen yıllarla hemen hemen aynı olarak ifade etmiştir. Kırk bir kişi (%15,5) geçen yıla göre şimdiki sağlık durumlarını “daha kötü” ve “çok daha kötü” olarak belirtmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. Hekimlerin SF-36 bileşenlerinin puan dağılımı (Ankara, 2009)

Bileşen	Ortalama±ss	Ortanca	Alt değer	Üst değer
Genel sağlık (n=234)	51,96±9,50	50,00	20,00	90,00
Fiziksel fonksiyonellik /sağlık (n=211)	76,30±24,50	85,00	0,00	100,00
Fiziksel rol (n=214)	77,69 ±30,95	100,00	0,00	100,00
Canlılık (n=232)	64,57±17,60	65,00	15,00	100,00
Ruh sağlığı (n=230)	72,27±16,35	76,00	20,00	100,00
Duygusal rol (n=229)	80,34±35,10	100,00	0,00	100,00
Ağrı (n=278)	69,78±20,04	9,20	0,00	100,00
Sosyal fonksiyonellik (n=252)	79,01±21,39	72,00	0,00	90,00

Hekimlerin yaşam kalitesi boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, en yüksek puanın fiziksel rol boyutundan ve en düşük puanın ise genel sağlık boyutundan alındığı saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 16. 65 yaş ve üzeri hekimlerin meslek yaşantıları ile ilgili olarak sorun yaşama durumları (Ankara, 2009)

Sorun yaşama	Sayı	%
Yaşamıyor	41	15,9
Fikri yok	100	38,8
Yaşıyor*	117	45,3
<i>Hastalık nedeni ile</i>	29	29,6
<i>Emekli maaş düşüklüğü</i>	22	22,4
<i>Kamuda ek görev alamama</i>	15	15,3
<i>Meslektaşlardan deontolojik yaklaşım</i>	9	9,2
<i>Statü kaybı</i>	6	6,1
<i>Genç hekimler tarafından el titremesi dedikoduları</i>	3	3,1
<i>Dikkat ,heyecan azalması,çabuk yorulma</i>	2	2,0
<i>Bakanlığın son uygulamaları</i>	2	2,0
<i>Tıbbi gelişmelerden habersizlik</i>	2	2,0
<i>Yaşlılık psikolojisi moral bozukluğuna yol açıyor</i>	2	2,0
<i>Birşeyi bilmek ama yapamamak</i>	1	1,0
<i>Eğitim toplantılarına katılım yetersizliği</i>	1	1,0
<i>Uygun olmayan çalışma şartları</i>	1	1,0
<i>Yoğun çalışma nedeni ile tatil yapamamak</i>	1	1,0
<i>Bilgilere güvenilmemesi</i>	1	1,0
<i>Hasta yoğunluğu</i>	1	1,0
Toplam	258	100,0

*19 kişi neden belirtmemiştir.

Araştırmaya katılan ve bu soruya yanıt veren 117 hekim (%45,3) kendi yaş grubunun mesleki yaşantı ile ilgili bir sorun yaşadığını belirtmiştir. Bu konuda fikri olmadığını belirten hekimler 100 kişidir (%38,8). En sık yaşandığı belirtilen beş sorun hastalık (%29,6), maaş düşüklüğü (%22,4), kamuda ek görev alamama (%15,3), meslektaşlarının deontolojik yaklaşımı (%9,1) ve statü kaybı (%6,1) olmuştur (Tablo 16).

Tablo 17. Kişisel sorun yaşama durumu (Ankara, 2009)

Sorun yaşama	Sayı	%
Yaşamıyor	117	56,0
Yaşıyor	92	44,0
Toplam	209	100,0

Araştırmaya katılan ve bu soruya yanıt veren 209 hekim (%44,0) kendisinin mesleki yaşantı ile ilgili bir sorun yaşadığını belirtmiştir (Tablo 17).

Tablo 18. Hekimler tarafından belirtilen sorunlara çözüm üretilebilme durumu (Ankara, 2009) (n=90)

Çözüm üretilebilme durumu	Sayı
Üretilemez	1
Üretilbilir	89
Toplam	90

Araştırmaya katılan ve bu soruya yanıt veren 90 hekim olmuştur. Katılımcıların %98,9'u (89 kişi) sorunlara çözüm üretilebileceğini ifade etmiştir (Tablo 18).

Tablo 19. Hekimlerin beklentileri olan bazı kurumlar/mekanizmalar (Ankara, 2009) (n=90)

Kurum/mekanizma	Sayı	(%)*
Meslek Örgütü	114	41,6
Sağlık Bakanlığı	79	28,8
Uzmanlık Dernekleri	42	15,6
Üniversite	41	15,5
Psikiyatri Klinikleri	28	10,2
Hekimlerin Kendisi	10	3,6
Medya	6	2,2

*yüzde hesaplamaları n=90 üzerinden yapılmıştır.

Hekimlerin sorunların çözümüne ilişkin beklentisi olduğu kurumların başında meslek örgütü (%41,6) ve Sağlık Bakanlığı (%28,8) gelmektedir (Tablo 19).

Tablo 20. Hekimlerin ATO'dan beklentileri (Ankara, 2009)

Beklenti	Sayı	%
Yok	136	53,5
Var*	118	46,5
<i>Aktif lokal-misafirhane-hekimevi</i>	14	12,4
<i>Hekimlerin haklarına daha çok sahip çıkılması</i>	12	10,6
<i>Konferans, panel, vb. organizasyon</i>	11	9,7
<i>Hekimlerin ekonomik sorunlarına yaklaşım</i>	10	8,8
<i>Zaman zaman hatırlanmak</i>	8	7,1
<i>Hekimlerin eski saygınlığının yeniden kazandırılması</i>	6	5,3
<i>Sağlık problemlere doğru yaklaşılması</i>	6	5,3
<i>Tıbbi deontoloji ve etik ile ilgili konularda güçlü olunması</i>	5	4,4
<i>Hekimler için huzurevi</i>	4	3,5
<i>Sağlık sorunlarına politika üreterek yaklaşma</i>	4	3,5
<i>Çalışabilir durumda olan hekimlere iş</i>	4	3,5
<i>65 yaş ve üzerine aidat düzenlemesi</i>	3	2,7
<i>Sorunların çözümü için Sağlık Bakanlığı ile daha sık görüşme</i>	2	1,8
<i>Sorunlarla uğraşmada hekimlerin tamamına ulaşma</i>	2	1,8
<i>Sağlık sorunlarına politika üretmeden yaklaşma</i>	2	1,8
<i>Aktif çalışanların ödüllendirilmesi</i>	2	1,8
<i>GSS'ye karşı önlem alma</i>	1	0,9
<i>Hekimlerin potansiyelini halkın gereksinimine göre organize etme</i>	1	0,9
<i>Odaya karşı mahcubiyet</i>	1	0,9
<i>İşçi sendikalarının örnek alınması</i>	1	0,9
<i>Sağlık çalışanlarına özel hastane-yaşlı hekim defin işlemleri</i>	1	0,9
<i>TTB kimlik kartının her yerde geçerli olması</i>	1	0,9
<i>Tutuklu ve hükümlü hekimlerin ailelerine destek</i>	1	0,9
<i>Yılda bir defa her üyeye takvim</i>	1	0,9
<i>65 yaş ve üzeri hekimlerin kongre ve sempozyumlara ücretsiz katılımının sağlanması</i>	1	0,9
<i>Kızılay'da poliklinik açılması</i>	1	0,9
<i>Hasta olan hekimlerin sağlık giderlerinde zorlanması</i>	1	0,9
<i>Mecburi hizmet iptali ile ilgili çalışma</i>	1	0,9
<i>Yaşlı hekimlerin sağlık sorunlarına özel birim oluşturulması</i>	1	0,9
<i>Yaşlı hekimlerin sosyal sorunları ile daha fazla uğraşma</i>	1	0,9
<i>Emekli maaşı için çözüm önerisinde bulunma</i>	1	0,9
Toplam	254	100,0

*Beş kişi beklenen desteğin içeriğini belirtmemiştir.

Araştırmaya katılan ve bu soruya yanıt veren 254 hekimin 118'i (%46,5) ATO'dan beklentileri olduğunu belirtmiştir (Tablo 20).

V. Tartışma

Ankara'da ATO üyesi olan ve araştırmaya katılan 65 yaş ve üzeri hekimlerin %76,6'sı erkek (209 kişi) ve %23,4'ü kadındır (64 kişi). Oda üye listesinde yer alan 65 yaş ve üzeri 831 kişinin de %75,9'u erkek ve %24,1'i kadındır. Yüzdelerin benzerliği 65 yaş ve üzeri grupta hekimlik mesleğini seçenlerin daha çok erkekler olduğunu düşündürmektedir. Günümüze yaklaştığımızda kadınların yüzdesinin arttığı yönünde Dünya literatüründe veriler bulunmaktadır. Örneğin, Kanada'da yapılan bir çalışmada 1999 yılında hekimlerin %28'i kadın iken bu yüzde 2009 yılında %34'e yükselmiştir (16). Türkiye'de Mart 2008 itibarıyla 103 177 hekim bulunmaktadır (17).

Hekimlerin yaş ortalaması $74,9 \pm 6,3$ olup yaklaşık yarısı 65-74 yaş arasındadır (%50,7; 139 kişi). Yaşlılık tanımına göre değerlendirme yapıldığında çoğunluk "genç yaşlı-orta yaşlı" kategorisinde yer almıştır (9). Altmış beş yaş ve üzeri grup "kırılgan" nüfus kapsamında değerlendirilmesi ve sosyal devlet anlayışına göre devlet tarafından güvence altına alınması uygun olur. Ancak katılımcıların az sayıda da olsa (6 kişi; %2,1) özel sağlık sigortasına sahip olması bu grubun tamamının güvence altında olmadığına dair bir fikir verebilir (Tablo 1). Daha önce 2004 yılında Gökçe-Kutsal ve arkadaşları tarafından emekli hekimler arasında yapılmış tanımlayıcı nitelikteki çalışmada katılımcıların %0,3'ünün özel sağlık sigortası, geri kalan çoğunluğun devletin sağladığı sosyal güvence sistemi kapsamında olduğu saptanmıştır (13).

Hekimlerin çoğunluğu (%67,7;182 kişi) eşi ile birlikte yaşadığını ifade etmiş olsa da her on katılımcıdan birisi yalnız yaşamaktadır. Altmış beş yaş ve üzeri bireylerin yalnız yaşamlarını sürdürmeleri ekonomik, sosyal, fiziksel koşullar açısından diğer yaş gruplarına göre daha zor olabilir.

Grubun büyük çoğunluğu (%75,8; 201 kişi) doğduğundan bu yana Ankara'da yaşamadığını ve yaklaşık her dört hekimin üçü Ankara'ya bir başka şehirden geldiğini belirtmiştir (%74,6; 141 kişi) (Tablo 2). Kişilerin başka kentlere göç etmesinin altında ekonomik ve sosyal nedenler yatıyor olabilir (19).

Araştırmaya katılan hekimlerin %95,3'ü (254 kişi) uzman hekim olduğunu belirtmiştir. Günümüzde Türkiye'de görev yapan pratisyen hekimler uzman hekimlerden sayıca fazladır. Ancak yaş grubu itibarıyla katılımcılar arasında uzmanların sayıca fazla olması beklendik bir durumdur.

Hekimlerden ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Her 100 hekimin 48'i ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirmiştir. Geri kalan çoğunluk ekonomik koşullarını orta ve kötü olarak belirtmiştir. Araştırmada sorulmuş olan bu soru subjektif bir değerlendirmedir, ancak yine de hekimlerin kendi algıları üzerinden değerlendirmeyi yansıtabilmektedir. Aktif meslek yaşamlarının son dönemlerine gelmiş olan hekimlerin emeklilik, geçmişten gelen birikim, vb. nedenlere bağlı olarak ekonomik koşullarının diğer yaş gruplarına göre daha iyi olarak değerlendirmiş olması beklenmektedir, ancak verilen yanıtlar bu beklentinin aksi yönünde olmuştur. Bu durumun katılımcı hekimlerin yaşam koşullarına olumsuz olarak yansması muhtemeldir. Araştırma sonuçları hekimlerin %45,6'sının halen çalıştığını, çalışanların da çoğunluğunun özel tıp merkezinde görev yaptığını ortaya koymuştur (%66,7; 78 kişi). Bu yaş grubunda hekimlerin önemli bir kısmının halen çalışıyor olması onların ekonomik koşullarının kendi algıladıkları gibi orta-kötü durumda olduğunu ve bu koşulları iyileştirmek amacıyla da halen çalıştıklarını desteklemektedir. Zira katılımcıların %54,9'unun halen bakmakla yükümlü olduğu bir kişi olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

Hekimlik mesleği uzun süreli, hatta yaşam biçimi halinde ilerleyen bir meslek olarak kabul edilmektedir. Fiziksel ve ruhsal açıdan da zorlayıcı ve

yorucu olan hekimlik mesleği sonlandığında kişiler farklı duygular içinde olabilirler. Bu çalışmaya katılanların önemli bir kısmı (%72,1; 106 kişi) çalışma yaşamı sonlandığında kendini rahatlamış olarak hissetmiştir. Ancak katılımcıların %48,9'u (72 kişi) boşluk, %13,6'sı (20 kişi) tedirginlik ve %12,9'u (19 kişi) kaygı hissetmişlerdir (Tablo 4). Boşluk kişilerin üretirek geçirdikleri yılların ardından hissedilmesi beklenen bir duygudur, ancak tedirginlik ve kaygı hekimlerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde onları zorlayacak duygular olabilir. Emeklilik döneminde kişilerin rahatsız edici bu tür duyguları hissetmemeleri gerekmektedir.

Hekimlerin yaşam tarzları ve riskli sağlık davranışları ile ilgili değerlendirmeler de yapılmıştır. Grubun %10,3'ünün (28 kişi) halen sigara içtiği ve %85,6'sının (232 kişi) beslenme alışkanlıklarını sağlıklı olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Tablo 5ve 6). Ayrıca hekimlerin ortalama uyku süreleri $6,97 \pm 1,14$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %50,2'si (133 kişi) düzenli olarak fizik egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir. En sık yapılan egzersiz yürüyüş olmuştur (%71,0) (Tablo 8). Hekimler arasında sigara içme sıklığının toplumun diğer kesimleri arasında olan durumdan daha az olması beklenmektedir. Ancak araştırma yapılan grupta sıklık bu beklentinin üzerindedir (20). Her 100 hekimin 14'ü beslenme alışkanlıklarını sağlıklı bulmamıştır. Bu da sağlıklı beslenmenin gereğini iyi bilmelerine rağmen yaşam tarzı/davranışı haline dönüştürememiş hekimlerin bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bulunan sonucun çeşitli gerekçeleri olabilir, ancak konu ile ilgili ayrıntılı inceleme/değerlendirme yapılmamıştır.

Altmış beş yaş ve üzeri grup kronik hastalığın ve buna bağlı olarak da sürekli ilaç kullanımının en yaygın olduğu yaş grubudur. Sağlığa ayarlanmış yaşam yılına da bağlı olarak bu yaş grubunda görülen hastalıklar toplumdan topluma değişiklik gösterebilmektedir (21). Araştırma yapılan hekimlerin %85,2'si (231 kişi) sürekli olarak ilaç kullanmasını gerektirecek veya bir başka hekim tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Belirtilen sağlık sorunları

arasında hipertansiyon, kalp ve dama sistemi hastalıkları, DM, hiperlipidemi ve prostat hipertrofisi olmuştur. Katılımcıların %86,0'ı (233 kişi) sürekli olarak ilaç kullandığını belirtmiştir. Ankara'da Hacettepe Üniversitesi GEBAM tarafından gerçekleştirilen 1300 yaşlı bireyin incelendiği araştırmaya katılan bireylerin yarısı (% 49.6) önemli sağlık sorunları olduğunu ifade ederken, diğer yarısı ise (% 49.7) ciddi bir sağlık sorunları olmadığını bildirmişlerdir. Her beş yaşlıdan birisi kendisini çok sağlıklı hissettiğini söylemiş, buna karşılık yaşlı bireylerin beşte dördü halen süregelen bir hastalığı olduğunu ifade etmiştir (22).

Hekimlerin %88,2'si (239 kişi) sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşamadığını ve %11,8'i (32 kişi) zorluk yaşadığını vurgulamıştır. Bekleme süresinin uzunluğu (%52,0; 13 kişi) ve genç hekimlerin deontoloji konusuna özen göstermemeleri (16,0; 4 kişi) bu konuda gösterilen iki neden olmuştur (Tablo 9).

Hekimlerin günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanların %93,4'ü hergün gazete okuduğunu, %90,8'i hergün televizyon izlediğini, %45,1'i ara sıra radyo dinlediğini, %79,8'i arasına ev gezmesi, arkadaş ziyareti yaptığını, %75,7'si arasına gezintiye çıktığını ve %79,7'si arasına başkaları tarafından ziyaret edildiğini ifade etmiştir (Tablo 10). Bu veriler hekimlerin ev içi (pasif) aktiviteleri daha çok gerçekleştirdiklerini, gezinti gibi hareket gerektiren işleri daha az sıklıkta yapabildiklerini desteklemektedir. Kentte yaşıyor olmak, kent yaşamının yaşlı bireyler için sosyalleşme koşullarını bir biçimde olumsuz etkilemesi bu durumu yaratan nedenler arasında sayılabilir.

Bu araştırma kapsamında halen evlerinde yaşayan hekimler değerlendirilmiştir. Evleri dışında, bir başka kurumda yaşayan hekimlere ilişkin veriler bulunmamaktadır. Hekimlerin evlerinde yaşıyor olması onların sağlıkları açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Bu konuda “yerinde yaşlanma” kavramının önemi üzerinde durulmalıdır. Bu kavram toplum içinde bakım: yaşlılara ve ailelerine yaşlıların alışkın

oldukları kendi ev ortamında en az sorunlar ile yaşabilmesini sağlamak için gerekli desteğin sağlanması ve bunun için toplum kaynaklarının aktarılması esasına dayanmaktadır. Pek çok dünya ülkesinde benimsenen bu görüşe göre amaç; yaşlı insanların toplum içinde yaşayıp, normal bir sosyal yaşam sürdürmeleri ve buna bağlı olarak da fiziksel ve ruhsal sağlıklarından daha fazla keyif almaları ve üretkenliklerini sürdürebilmeleridir. Bu aşamada kuşaklar arası iletişimin, yaşlıların deneyim ve birikimlerinin gençler ile paylaşılmasının ve gençlerin katkıları ile toplumsal değişimlerin ve pek çok yeniliklerin farkında olunmasının da yaşlıya olumlu katkıları olacağının da göz ardı edilmemesi gerekir (3,4).

Bireysel olarak yapılabilen telefon edebilme, gereksinim duyulan ilacı alabilme, yemek, mutfak işlerini yapabilme, banyo yapabilme, giyinebilme, para ile ilgili işleri yapabilme, toplu taşıma araçlarından yararlanabilme gibi işleri hekimlerin tamamı yapamamaktadır. Grubun tamamı tarafından yapıldığı belirtilen işler arasında tuvalete gidebilme ve yemek yiyebilme olmuştur (Tablo 11). Bu veriler 65 yaş ve üzeri hekimlerin önemli bir kısmının gündelik yaşamlarında bir başkasına bağımlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Genel olarak 65 yaş ve üzeri grubun gereksinim duyduğu gözlük, işitme cihazı, baston, diş protezi gibi yardımcı cihazlara katılımcı hekimlerin çoğunluğu ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Gereksinim duyulan ama kullanılmayan cihazların başında işitme cihazı ve baston yer almıştır. Kullanım zorluğu, cihazların kullanılması halinde bağımlılık ve yaşlılık duygusunun hissedilmesi, kullanıma alışamama gibi nedenler bu cihazların kullanılmamasının nedenler arasında yer alabilir. Her dört hekimden birisi de diş protezine gereksinim duyduğu halde kullanmadıklarını ifade etmiştir. Protezlerin pahalı olması ve bu nedenle ulaşımında güçlükler protez kullanmamanın nedeni olabilir. Türk Tabipleri Birliği'ne üye olan hekimleri üzerinde Gökçe-Kutsal ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışmada her 100 hekimin 12'si herhangi bir yeti yitimi durumuna sahip olduklarını belirtmişlerdir (13).

Yaşam kalitesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi yaklaşımında son yıllarda önemi giderek artan bir konudur. DSÖ tarafından yapılan tanıma göre yaşam kalitesi, bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları, standartları doğrultusunda hayattaki durumlarını nasıl algıladıklarıdır. Bu fiziksel sağlık, psikolojik durum, inançları, sosyal ilişkileri de içine alan çok geniş kapsamlı bir tanımlamadır (23). Hekimlerin bu konuyu ve kavramı bilmeleri hem mesleki yaşamlarında hem de kendi yaşamlarında nitelikli yaşamın gereklerini bilme ve yapabilme yetilerinin gelişmesine katkı sağlayabilir. Ancak araştırmanın bulguları grubun çoğunluğu eksik (%67,1; 143 kişi) ve yanlış (%27,7; 59 kişi) bilgiye sahip olduğu ortaya koymuştur (Tablo 13). Bu konuda bilgi eksikliğinin giderilmesi gerekir.

Hekimlerin yaşam kalitesi boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, en yüksek puanın fiziksel rol boyutundan ve en düşük puanın ise genel sağlık boyutundan alındığı saptanmıştır (Tablo-15). Fiziksel rol boyutundan alınan puanın yüksekliği zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme anlamı da taşımaktadır. Genel sağlık boyutundan alınan puanın düşüklüğü ise sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma olarak da algılanabilir (15,16).

Sağlık algısı subjektif bir değerlendirme olmasına rağmen kişinin bireysel durumunun değerlendirilmesine dair bazı önemli ipuçları verebilir. Bu konuda iki önemli soru kişilerin sağlık durumlarını halen nasıl değerlendirdikleri ve yine kişilerin sağlık durumlarını geçmişe göre nasıl değerlendirdikleridir. Araştırmaya katılan her 100 hekimin 24'ünün sağlık durumunu "fena değil ve kötü", 16'sının da geçen seneye göre sağlık durumunun daha kötü olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Tablo 14). Yaşamın nitelikli olarak sürdürülmesi açısından bakıldığında bazı hekimler yaşın ilerlemesiyle birlikte bu konuda gerileme süreci yaşamaktadırlar. Oysa yaşam kalitesi karam ve amacı kapsamında doğuştan beklenen yaşam

süresi ve sağlığa ayarlanmış yaşam yıllarının her ikisinin de uzun ve birbirine yakın olması bulunmaktadır (23).

Halk sağlığı yaklaşımında yaşamın doğum öncesinden ölüme kadar bir bütün olduğu kabul edilmektedir. Yaşamın her alanının en az sorunla geçmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin önemli bir kısmının halen aktif mesleki yaşam içinde olmaları onların üretme yetilerinin sürmesi açısından önemlidir, ancak onların bu kapsamda sorun yaşamaları istenmeyen bir durumdur. Katılımcıların %45,3'ü hekimlerin mesleki yaşantılarına ilişkin bir sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu sorunlar arasında en sık olarak belirtilen durumlar ise hastalık (%29,6), maaş düşüklüğü (%22,4), kamuda ek görev alamama (%15,3), meslektaşlarının deontolojik yaklaşımı (%9,1) ve statü kaybı (%6,1) olmuştur (Tablo 16). Hekimler tarafından belirtilen hastalık dışındaki sorunların çözümü gerçekte sosyal devlet anlayışının bütüncül yaklaşımı içerisinde oldukça kolay çözülebilecek durumlardır. Çözümü olan ancak sisteme bağlı nedenlerden dolayı yaşanan sorunlar hekimlerin yaşamlarını engellenemektedir. Hastalık başlığında belirtilen sorunlar ayrıntılı olarak incelenmemiş olmakla birlikte yine alınacak önlemler bu sorunun da azalmasını sağlayabilir. Hekimlerin %44,0'ı kendilerinin yukarıda belirtilen sorunları bizzat yaşadıklarını belirtmiştir (Tablo 17).

Sorunları sıralamış olan hekimler belirttikleri sorunlara çözümler üretilebileceğini vurgulamışlardır (Tablo 18). Hekimlerin sorunların çözümüne ilişkin beklentiler olan kurumların başında meslek örgütü (%41,6) ve Sağlık Bakanlığı (%28,8) gelmiştir (Tablo 19). Sağlıktan sorumlu otorite olması itibarıyla sorunların çözümü için öncelikli adres Sağlık Bakanlığı olmasına rağmen bu soruya yanıt veren hekimlerin sorunların çözümünde meslek örgütünü görmüş olmaları hekimlerin mesleki kurumsal yapılanmaya verdikleri önemin altını çizmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından alınacak önlem ve geliştirilecek çözümlerde meslek örgütünün katkısı mutlaka alınmalıdır. Zira araştırmaya katılan ve bu soruya yanıt veren 254 hekimin 118'i (%46,5) özel olarak ATO'dan

beklentileri olduğunu belirtmiştir. Beklentiler arasında en sık belirtilen başlıklar misafirhane (%12,4), hekimlerin haklarına daha çok sahip çıkılması (%10,6), konferans, panel gibi organizasyonlar (%9,7), ekonomik sorunlara yaklaşım (%8,8), zaman zaman hatırlanmak (%7,1), hekimlerin eski saygınlığının yeniden kazandırılması (%5,3), sağlıkla ilgili problemlere doğru yaklaşım geliştirme (%5,3), tıbbi, deontoloji ve etik ile ilgili konularda güçlü olunması (%4,4), hekimler için huzurevi (%3,5), sağlık sorunlarına politika üreterek yaklaşım (%3,5), çalışabilir durumda olan hekimlere iş (%3,5), 65 yaş ve üzerine aidat düzenlemesi yapılması (%2,7), sorunların çözümü için Sağlık Bakanlığı ile görüşmeler (%1,8) olmuştur (Tablo 20). Ankara Tabip Odası bu beklentilerin bazılarına doğru yaklaşımlar geliştirerek yanıt verebilir.

VI. Öneriler

Ankara Tabip Odası tarafından uygulanabilecek başlıklar:

1. Konferans, panel gibi bilimsel organizasyonların planlanması ve uygulanması
2. Hekimlerle iletişim kanallarının artırılması
3. Özel günlerde yaşlı hekimlere yönelik sosyal içerikli toplantılar düzenlenmesi
4. Aidat düzenlemelerinin 65 yaş ve üzeri gruba özel olarak yapılabilmesi
5. Aktif çalışma yaşamı içinde olan hekimlerin çeşitli mekanizmalarla ödüllendirilmesi
6. Sağlık ve yaşam profili araştırmalarının düzenli aralıklarla yapılabilmesi
7. Hekimlerin sağlık ve sosyal hakları ile ilgili yapılan çalışmaların 65 yaş ve üzeri gruba özel vurgularla geliştirilmesi
8. Sağlık Bakanlığı ve ilgili diğer kurum/kuruluşlarla işbirliği yapılması ve yaşlanan hekimlerin sorunlarına çözüm üreten politikalara katkı verilebilmesi

Türk Geriatri Derneği tarafından uygulanabilecek başlıklar:

1. Yaşlı dostu sağlık hizmeti modeli geliştirme çalışmalarının yapılması
2. Meslek örgütü ile birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından kamusal mekanizmaların geliştirilmesine katkı sağlanması
3. Yerel yönetimlerle geliştirici çalışmalar planlanması

KAYNAKLAR

1. WHO Definition of Health. <http://www.who.int/about/definition/en/>. Erişim tarihi: 1 Ağustos 2009.
2. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Koruyucu Hekimlik Yaklaşımı. In: Geriatri (Aslan D, Yayına Hazırlayan), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Mart 2007, pp: 38-45.
3. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. Geriatri, Türk Tabipleri Birliği yayını, Ankara, 2007, p:13-19
4. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. Temel Geriatri, Türk Geriatri Derneği yayını, Ankara, 2008, p:9-15
5. World Health Report, 1998, WHO publications, Genova 1998:7.
6. Troisi J. Geriatri ve Gerontoloji Kurs Notları, Uluslararası Yaşlanma Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, Geriatri Derneği, Ocak 2006, Ankara: 74-121.
7. Aslan D. Uluslararası Sağlık Bakış Açısıyla Yaşlılık. In: Gökçe-Kutsal, Y. (Ed), Aslan, D (Ed. Yrd.) Temel Geriatri, Güneş Kitabevleri, Ankara, 2007; 111-117.
8. Active Ageing, A Policy Framework. WHO publications 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Erişim Tarihi: Şubat 2008.
9. Bilir N, Paksoy N. Değişen Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Kavramı. In: Temel Geriatri (Gökçe-Kutsal Y Ed ve Aslan D Yrd Ed.) Güneş Kitabevleri Yayınları, Ankara, 2007, pp. 3-11.
10. Aslan D. Yaşlanan Erkek ve Sağlık Kavramı. Yaşlanan Erkek Sempozyumu. Ekim 2008, İstanbul. Türk Geriatri Dergisi Özel Sayısı 2008; 2: 13-16.
11. The Ageing of the World's Population. <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing.html>. Erişim tarihi: 3 Mayıs 2008.
12. Last JM. International Health in Maxcy-Rosenau-Last, Public Health and Preventive Medicine, Editor; Wallace T.B, Fourteenth Edition, Appleton-Lange,1998: 1139-1145.

13. Gökçe-Kutsal Y, Özçakar L, Arslan Ş, Sayek F. Retired physicians: a survey study by the Turkish Medical Association. Postgrad Med J 2004;80:101-103.
14. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa form 36 (KF 36) nın Türkçe Versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği, İlaç ve Tedavi Dergisi, 1995;12:102-106.
15. Aydemir Ö. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36. 3-P dergisi 1999; (7) 14-22.
16. Arat Z. Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006, pp. 19-21.
17. Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu. Mart 2008. Sağlık Bakanlığı Yayınları (Yayın no: 739).ISBN 978-975-590-255-5.
18. The face of Canadian Physicians.
http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Policy_Advocacy/Policy_Research/4-5-Mstrfile_Stats_2009.pdf. Erişim tarihi: 5 Eylül 2009.
19. Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayınları, Ankara, Haziran 2006, s:1.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tgyona/TGYONA_rapor.pdf. Erişim tarihi: 5 Eylül 2009.
20. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Ergüder T (Yayına Hazırlayan). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bakanlığı, 2007. SB, CDC, HASUDER, DSÖ Ortak yayını, Kumbaskı Yayınevi, Ankara 2008.
21. Troisi J, Gokce Kutsal Y (Eds): Aging in Turkey, Hacettepe University Research and Application Center of Geriatrics Sciences-GEBAM and International Institute on Aging-INIA publication, Veritas Press, Malta 2006. p: 23-105.
22. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı In: Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı. BM-INIA, HÜ-GEBAM, Geriatri Derneği Yayınları (Yayına hazırlayanlar: Aslan D, Özbek M.). Rekmay ofset basımı, pp. 199-204 (Ocak 2009).
23. Calvert MJ, Freemantle N, Use of Health-Related Quality of Life in Prescribing Research Part One: Why Evaluate Health-Related

Quality of Life?, Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2003; 28: 513-521.

Ek. 1. Anket formu

**ANKARA TABİP ODASI'NA KAYITLI OLAN
65 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ HEKİMLERİN PROFİLİ ARAŞTIRMASI**

BİLGİ TOPLAMA FORMU

Anket No:.....

Adres:.....

ATO Kayıt No:

Bilgi toplama formunu kimin doldurduğu:

1. Kendisi
2. Yakını (yazınız.....)

**BÖLÜM I- SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ
SORULAR**

1. Kaç yaşındasınız? :.....

2. Cinsiyetiniz:

- 1 Erkek
- 2 Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

- 1 Bekar
- 2 Evli
- 3 Eşinden ayrılmış
4. Eşini kaybetmiş

4. Sağlık güvenceniz var mı?

- 1 Yok
- 2 Var Kurum
- 3 Var SSK
- 4 Var Bağ-Kur
- 5 Var Emekli Sandığı
- 6 Var Özel
- 8 Var diğer (Belirtiniz.....)

5. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisiyle uyumludur?

1. Çekirdek aile (anne, baba ve/veya kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)
2. Geniş aile (Anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile)
3. Diğer (açıklayınız.....)

6. Yaşadığınız yeri belirtiniz?

1. Evde
 2. Bakımevinde/huzurevinde **(8. soruya geçiniz)**
 3. Diğer (belirtiniz.....)
- (8. SORUYA GEÇİNİZ)**

7. Evde halen kiminle/kimlerle yaşadığınızı yazınız.

1. Yalnız
2. Eşimle
3. Eşim ve çocuklarımla
4. Çocuklarımla
5. Diğer (açıklayınız.....)

8. Ne zamandan bu yana Ankara’da yaşıyorsunuz?

1. Hep Ankara’da yaşadım.
2.aydan/yıldan bu yana Ankara’da yaşıyorum ,nereden geldiğinizi belirtiniz.
 1. köy
 2. ilçe
 3. şehir

BÖLÜM II- MESLEK VE ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İLGİLİ BİLGİLER

1. Halen çalışıp çalışmadığınızı belirtiniz.

1. Çalışmıyorum
2. Çalışıyorum (çalıştığınız kurumu yazınız.....) **(3. SORUYA GEÇİNİZ)**

2. Çalışma hayatınızı tamamladığınız zaman kendinizi nasıl hissettiniz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Rahatlamış
2. Kaygılı
3. Mutlu
4. Tedirgin
5. Boşlukta
6. Diğer (belirtiniz.....)

3. Çalıştığınız tıp alanı aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur.

1. Pratisyen hekimlik
2. uzmanlığı

4. Hangi tıp fakültesinden kaç yılında mezun oldunuz.

..... Tıp Fakültesi
..... yılında

5. Kaç yıldır bu meslekte çalıştınız/çalışıyorsunuz, belirtiniz.

.....

6. Günde ortalama kaç saat mesleğiniz ile ilgili çalıştınız/çalışıyorsunuz belirtiniz.

.....

7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1 İyi
- 2 Orta
- 3 Kötü
4. Belirtmek istemiyorum

8. Kendiniz dışında halen bakmakla yükümlü olduğunuz kişiler var mı?

- 1 Hayır
- 2 Evet (Kim ya da kimler olduğunu yazınız.....)

BÖLÜM III- ALIŞKANLIKLAR VE HASTALIK ÖYKÜSÜ İLE İLGİLİ SORULAR

1. Hiç sigara içtiniz mi veya halen sigara içiyor musunuz?

1. Hiç içmedim
2. İçip bıraktım
3. Halen içiyorum
 - a. Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz, belirtiniz (yıl olarak).....
 - b. Ortalama günde kaç adet sigara içiyorsunuz, belirtiniz.....

2. Alkollü içecek içiyor musunuz?

1. Evet (ne sıklıkta içersiniz?.....ne miktarda içersiniz?.....)

2. Hayır

3. Günde ortalama kaç öğün yemek yediğinizi yazınız.....

4. Aşağıda belirtilen zamanlarda yeme alışkanlığınızla ilgili size en uygun gelen (ler)e “X” işareti koyunuz.

Öğün Alışkanlıkları	Hergün	Günaşırı	Haftada 1-2 kez	Ayda 1-2 kez	Daha seyrek/hiç
Sabah Kahvaltısı					
Öğle Yemeği					
Akşam yemeği					

5. Yukarıda belirtilen 3 ana öğün dışında bir şeyler (atıştırma şeklinde) yediğiniz olur mu?

- 1) Evet, hemen her gün
- 2) Evet, sıklıkla (haftada 3-4 gün/kez)
- 3) Evet, arada (haftada 1-2 gün/kez)
- 4) Daha seyrek
- 5) Hemen hiç

6. Günde yaklaşık kaç bardak su içersiniz? (Su bardağı olarak belirtiniz.....)

7. Size göre beslenme alışkanlıklarınız aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

- 1) Çok sağlıklı
- 2) Sağlıklı
- 3) Fikrim yok/bilmiyorum
- 4) Sağlıksız
- 5) Çok sağlıksız

**8. Düzenli olarak fizik egzersiz yapıp yapmadığınızı belirtiniz.
(Haftanın 3-4 günü günde 30 dakika)**

1. Hayır yapmıyorum
2. Evet yapıyorum (ne yaptığınızı
açıklayınız.....)

9. Geceleri genelde saat kaçta uyuyorsunuz? Belirtiniz.....

10. Saat kaçta uyanıyorsunuz? Belirtiniz.....

11. Saat kaçta uyuyorsunuz? Belirtiniz.....

12. Sürekli olarak ilaç kullanmanızı gerektiren veya bir doktor tarafından tanı konulmuş sürekli bir hastalığınız olup olmadığını belirtiniz

1. Hayır yok
2. Evet var, hastalığınızın ne olduğunu
belirtiniz.....)

13. Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç olup olmadığını belirtiniz.

1. Yok
2. Var (Ne kullandığınızı
belirtiniz.....)

14. Sağlık sorunlarınız olduğunda sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük çekip çekmediğinizi belirtiniz.

1. Hayır çekmiyorum
2. Evet çekiyorum (ne türlü zorluk çektiğinizi
belirtiniz.....)

BÖLÜM IV- SOSYAL YAŞAM AKTİVİTELERİ ve KENDİ İŞLERİNİ YAPABİLME İLE İLGİLİ SORULAR

1.Aşağıda gün içinde yapabileceğiniz bazı etkinlikler yer almaktadır.
Sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz

	Hergün	Arasına	Hiç
Gazete okur musunuz?			
Televizyon seyredersiniz?			
Radio dinlersiniz?			
Ev gezmesi-arkadaş ziyareti yapar mısınız?			
Kahvehaneye/kıraathaneye gider misiniz?			
Gezintiye çıkar mısınız?			
Başkaları tarafından ziyaret edilir misiniz?			
Diğer (belirtiniz.....)			

2.Aşağıdaki etkinliklerden size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Bağımsız yapabiliyorum (1)	Birisinden yardım alarak yapabiliyorum (2)	Yapamıyorum (3)
Telefon edebilme			
İlaç kullanabilme			
Yemek/mutfak işlerini yapabilme			
Banyo yapabilme			
Tualete gidebilme			
Giyinebilme			
Yemek yiyebilme			
Toplu taşıma araçlarından yararlanabilme			
Para ile ilgili işleri yapabilme (alışveriş, banka)			

3. Aşağıda belirtilen cihazlara ihtiyacınız var mı, hangilerini kullanıyorsunuz?

(DİKKAT: ifade edilen seçeneğe X işareti koyunuz)

	İhtiyacı var		İhtiyacı Yok(3)
	Kullanıyor(1)	Kullanmıyor(2)	
Gözlük			
İşitme cihazı			
Baston			
Takma diş			
Diğer (açıklayınız)			

BÖLÜM V- YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ SORULAR

1. Size göre yaşam kalitesi (kaliteli yaşam) ne anlama gelmektedir?

.....
.....

2. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Mükemmel
2. Çok iyi
3. İyi
4. Fena değil
5. Kötü

3. Geçen seneyle karşılaştırıldığında,şimdi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Bir yıl önceye göre çok daha iyi
2. Bir yıl önceye göre daha iyi
3. Hemen hemen aynı
4. Bir yıl önceye göre daha kötü
5. Bir yıl önceye göre çok daha kötü

Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığını sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? Uygun kutuya (+) işareti koyunuz.

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor. (1)	Evet, biraz kısıtlıyor. (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor. (3)
4. Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak.			
5. Orta zorlukta faaliyetler. Örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak			
6. Çarşı pazar torbalarını taşımak.			
7. Birkaç kat merdiven çıkmak.			
8. Bir kat merdiven çıkmak.			
9. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak.			
10. Bir kilometreden fazla yürümek.			
11. Bir kaç yüz metre yürümek.			
12. Yüz metre yürümek.			
13. Yıkanmak ya da giyinmek.			

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunlardan herhangi biriyle karşılaştınız mı? Uygun kutuya (+) işareti koyunuz.

	Evet (1)	Hayır (2)
14. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstamak.		
15. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...).		
16. İş ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapmak.		
17. İş ya da diğer uğraşları yapmaktaki zorlanmak.		

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? Uygun kutuya (+) işareti koyunuz.

	Evet (1)	Hayır (2)
18. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstamak.		
19. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...).		
20. İş ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak.		

21. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

1. Hiç
2. Biraz
3. Orta derecede
4. Epeyce
5. Çok fazla

22. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde vücudunuzun herhangi bir yerinde ne kadar ağrınız oldu?

1. Hiç
2. Çok hafif
3. Hafif
4. Orta hafiflikte
5. Aşırı derecede
6. Çok aşırı derecede

23. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

1. Hiç
2. Biraz
3. Orta derecede
4. Epeyce
5. Çok fazla

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Uygun kutuya (+) işareti koyunuz.

Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

	Her Zaman (1)	Çoğu zaman (2)	Epeyce (3)	Arada sırada (4)	Çok ender (5)	Hiçbir zaman (6)
24. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?						
25. Çok sinirli bir kişi oldunuz?						
26. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyec eği kadar moraliniz bozuk veya kötü oldu?						
27. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz?						
28. Çok enerjik oldunuz?						
29. Mutsuz ve kederli oldunuz?						
30. Kendinizi bitkin hissettiniz?						
31. Mutlu ve sevinçli oldunuz?						
32. Kendinizi yorgun hissettiniz?						

33. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

1. Her zaman
2. Çoğu zaman
3. Bazen
4. Çok ender
5. Hiçbir zaman

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ? Uygun kutuya (+) işareti koyunuz.

	Kesinlikle doğru (1)	Çoğunlukla doğru (2)	Bilmiyorum (3)	Çoğunlukla yanlış (4)	Kesinlikle yanlış (5)
34. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum.					
35. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.					
36. Sağlığımın kötüye gideceğini sanıyorum.					
37. Sağlığım mükemmeldir					

38. Size göre 65 yaş ve üzeri hekimler meslek yaşantıları ile ilgili olarak sorun yaşıyorlar mı, yaşamıyorlar mı?

1. Yaşamıyorlar

2. Fikrim yok

3. Yaşıyorlar (ne tür sorunlar yaşadıklarını belirtiniz

.....
.....)

1. Yukarıda belirttiğiniz sorunları siz kişisel olarak yaşıyor musunuz?

a. Hayır

b. Evet

2. Belirtilen sorunlara çözümler aşamasında aşağıda yer alan kurum/birimlerden hangisi/hangileri sorumluluk almalıdır?

- Birliği)
1. Meslek örgütü (Ankara Tabip Odası/Türk Tabipleri
 2. Sağlık Bakanlığı
 3. Üniversiteler
 4. Dernekler
 5. Hekimlerin bireysel çabaları, katkıları
 6. Diğer

(belirtiniz.....)

ANKET BİTMİŞTİR. CEVAP VERDİĞİNİZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜR EDERİZ.

**Ankara Tabip Odası ve Türk Geriatri Derneği
çalışanları tarafından yapılmış olan bu çalışmaya
katılarak destek veren değerli meslektaşlarımıza
teşekkür ederiz...**

ISBN: 978-605-9867-21-8



9 786055 986721



ANKARA TABİP ODASI

Mithatpaşa Cad. 62/18 Kızılay - Ankara

Tel: (0312) 418 87 00

Fax: (0312) 418 77 94

www.ato.org.tr - ato@ato.org.tr