

NİSAN 2022

YAŞLANAN VE YAŞLI LGBTİ+'LARIN SAĞLIK HAKKINA ERİŞİMİ



YAŞLANAN VE YAŞLI LGBTİ+'LARIN SAĞLIK HAKKINA ERİŞİMİ- SOSYAL HİZMET UZMANLARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK BİLGİ NOTU

Hazırlayan:
Dr. Müge Yetener

Editör:
Özge Gökpınar

Yayımlayan:
17 Mayıs Derneği

Birinci Dijital Baskı: Nisan 2022



Kingdom of the Netherlands

Bu bilgi notu, 17 Mayıs Derneği tarafından, "Yaşlanan ve Yaşlı LGBTİ+'ların Sağlık Hakkına ve Sosyal Hizmetlere Erişiminde Güçlendirilmesi ve İçeriden İzleme Yapılarak Hizmetlerle Sosyal Kabul Sağlanması" projesi kapsamında, Hollanda Krallığı Ankara Büyükelçiliği İnsan Hakları Fonu desteğiyle hazırlanmıştır. İçeriğin sorumluluğu tamamen 17 Mayıs Derneği'ne aittir ve Hollanda Krallığı Ankara Büyükelçiliği'nin görüşlerini yansıtmaz.

Bu bilgi notundan kaynak göstermek şartıyla faydalanılabilir. Ancak rapor, 17 Mayıs Derneği'nin izni olmadan, tamamen ya da kısmen, fotokopi, film vb. elektronik ve mekanik yöntemlerle çoğaltılamaz.

Copyright © Nisan 2022, 17 Mayıs Derneği, Ankara

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ

2.YAŞLI LGBTİ+'LARIN SAĞLIĞA ERİŞİMİ KONUSUNDAKİ ZORLUKLAR VE ENGELLER

3.AZINLIK STRESİ

4.SAĞLIK KURUMLARINDA EŞİTSİZLİKLER VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SORUMLULUĞU

4.1.ETİK İLKELER DOĞRULTUSUNDA HEKİM SORUMLULUĞU

5.HIV ile YAŞLANMA

5.1.ETİK İLKELER VE HEKİM SORUMLULUĞU

6.SOSYAL İZOLASYON

7.TRANSLARIN SAĞLIK DURUMU

7.1.ETİK İLKELER VE HEKİM SORUMLULUĞU

8.YAŞLI İSTİSMARI

8.1.DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN YAŞLI İSTİSMARI ÜZERİNE HONG KONG BİLDİRİSİ

9.MAHREMİYET HAKKI

9.1.ETİK KURALLAR VE HEKİM SORUMLULUĞU

10.ÖZERKLİĞE SAYGI

10.1.TIBBİ ETİK AÇISINDAN ÖZERKLİK

11.ONURLA YAŞLANMAK; SAYGI VE EŞİTLİK İÇİNDE YAŞAMAK

12.KAYNAKLAR

1.GİRİŞ

“Savaşmamız gereken birden fazla şey var. LGBT olma ayrımcılığı ve... o zaman yaşlı olmanın çifte zaafına sahipsin.”

Yaşlanma; doğrusal ve tutarlı seyretmeyen, moleküler ve hücrel yıkım nedeniyle oluşan değişikliklerdir. Yaşlanma süreci doğumla başlar, hücrel değişiklikler, kişinin çevresel desteği, beslenmesi, yaşam biçimi ve maruz kaldığı stres faktörlerinden etkilenecek bireyin fiziksel ve zihinsel kapasitesindeki düşüşün süresini ve miktarını belirler (Demir, 2020).

Tanımı takvime hapsedilemeyecek kadar karmaşık bir kavramdır. Çoğu kez toplumsal kurgular ve yargılarla iç içedir. Bir yandan ölümlerle yüzleşilen, öte yandan hastalıklar, yalnızlaşma ve önceki hayat dönemlerindeki kazanımların kaybedilebildiği zor bir süreçtir. Ancak sağlığı koruyarak, dostlarla geçirilen, kaybedilen ve yeni kazanılan fırsatları ve zorlukları tanıyarak yaşanabilen bilgelik ve huzur dönemi olması da mümkündür. Çalışmalar, yaşlılıktaki işlev düşüşünün yaşam doyumunu otomatik olarak azaltmadığını göstermiştir (Kalınkara, 2020).

Oysa 20. yüzyılda modernleşme ve endüstrileşme ile birlikte yaşlanmak korkulan, istenmeyen, tedavi edilmesi gereken bir patoloji olarak kabul edilir oldu (Tar, 2021).

Verimliliğin başat özellik kabul edilmesiyle birlikte yaşlılar toplumsal statülerini yitirmeye, fazlalık ve yük olarak algılanmaya başladılar (Demir, 2020).

Yaşlılık biyolojik ve psikolojik olarak ele alınabilirse de yaşlılığın bir yaşam aşaması olarak tanımı toplumsal bir inşadır (Yaman, 2021).

Birçok ülkede doğurganlığın azalması ile yaşam beklentisinin yükselmesi sonucunu veren demografik eğilimlerin eşlik etmesi, yaşlı bakımını da krize sokuyor. Dünyada güvencesiz ve esnek çalışmanın yaygınlaşması ve sosyal politikaların terkedilmesiyle birlikte pek çok yaşlı sosyal güvenlik ağlarının koruması dışında kalıyor veya ücretlerin hayatı sürdürmeye yetmemesi nedeniyle emekliliğini geciktirmeye çalışıyor yahut da emekli olduktan sonra yeniden ücretli bir iş arıyor. Yaşlı bakımına yönelik kurumsal düzenlemeler de yapılmıyor; bakım “ailelere”, kadınlara yükleniyor. Kurumsal bakıma gelince; bakım kurumlarında, yaşlılar çoğu zaman müşteri olarak görülüyor, yaşlılara sevgi, ilgi, şefkat gösterilmiyor. (Yaman, 2021)

Yaşlılar hakları olan bireyler olarak değil, minnet borcu karşılığı hizmet sunulan kişiler olarak kabul ediliyorlar (Tar, 2021).

CEDAW Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi, Kadına Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'nin 4. Maddesinin 1. Bendine ilişkin 25 Sayılı Genel Tavsiye, kadınların maruz kaldığı çeşitli ayrımcılık türlerinin nedenlerinden birinin de yaş olduğunu kabul etmektedir. Yaşlarının ilerlemesiyle birlikte hem kadınların hem de erkeklerin ayrımcılıkla karşı karşıya kalmalarına karşın; yaşlı kadınların yaşlılık deneyimleri daha farklı olmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yaşamların bütününe sirayet eden etkisi, ileri yaşlarda daha şiddetli bir hal alır ve sıklıkla da toplum belleğinin derinliklerine kadar kök salmış kültürel ve sosyal normlara dayanır. Yaşlı kadınların yaşadıkları ayrımcılık ise; sıklıkla kaynakların tahsisinden eşit pay alamamaları, kötü muamele, ihmal ve temel yaşam hizmetlerine erişimlerinin kısıtlı olmasının bir sonucu olarak karşımıza çıkar. Cinsel sağlık ve HIV/AIDS konularında yapılan bilgilendirmeler, nadiren yaşlı kadınlar için kabul edilebilir, erişilebilir ve uygun bir şekilde yapılmaktadır. Kayıt dışı sektörde çalıştıkları süre boyunca ve hiçbir karşılık talep etmeden üstlendikleri bakım sorumluluğu süresince herhangi bir sigorta planına katkıda bulunmadıkları için, yaşlı kadınların çoğunun özel sigortaları yoktur; ya da devlet kaynaklı emeklilik planlarının kapsamına alınmamışlardır. (Öz, 2021).

DSÖ, yaş ayrımcılığını, insanlara yaşlarına dayalı olarak klişeleştirme, önyargı ve ayrımcılık olarak tanımlamaktadır (WHO, 2014). İrkçilik ve cinsiyetçilik kadar yaygın olup, yaşlılarda sosyal izolasyon, depresyon ve bilişsel gerilemeye neden olur. DSÖ; cinsiyetçilik ve ırkçılığın aksine, yaş ayrımcılığının tüm ayrımcılık biçimlerinin sosyal olarak en normalleştirilmiş hali olduğunu belirtir (WHO, 2014).

Yaş ayrımcılığının en büyük etkisi kadınlar üzerinde gözlenir. Toplumsal cinsiyet kalıplarına göre güzel ve bakımlı olmaları beklenen kadınlar, yaşlanınca çekiciliklerini, cinselliklerini kaybetmiş bireyler olarak resmedilirler. Çoğu kez kadınlar tarafından da içselleştirilen bu resim, yaşlılıkta ikinci bir özgüven kaybına neden olur (Çayır, 2018). Covid 19 pandemisi yaş ayrımcılığının daha da normalleştirilmesine hizmet etti. Ayrıca yaşlı yetişkinlere evde kalmaları ve bunalmış bir sağlık sistemine yük olmamaları, toplumun iyiliği için kendilerini feda etmeleri yönünde bir çağrı yapıldı. Böylece, artık yaşlı yetişkinlerden ölmesini istemenin kabul edilebilir olduğunu ima edildi (D'cruz , vd., 2020).

Yaşlı LGBTİ+'lar söz konusu olduğunda ise, virüsün etkisi kadar ayrımcılık, hak ihlalleri, damgalama, dışlama, pratikleri de devreye giriyor (Tar, 2021). Pandemi ile birlikte düzenli ilaç ve hormon kullanan kişilerin, ilaç ve hormona erişimi sekteye uğradı. Cinsiyet uyum sürecinde hormonlarına erişemeyen, rutin testlerini yaptıramayan ve psikolojik destek alamayan kişileri çözümsüz durumda bıraktı. Özellikle seks işçisi natrans ve trans kadınların, üreme sağlığı ve korunma yöntemlerine erişimi kısıtlandığı için, kayıtsız alanda çalışırken koronavirüse karşı daha savunmasız hale geldiler (Tar, 2021).

2. YAŞLI LGBTİ+'LARIN SAĞLIĞA ERIŞİMİ KONUSUNDAKI ZORLUKLAR VE ENGELLER

Yaşlanma zamansal bir süreçtir ve birçok dışsal belirleyenden etkilenir. Bu dışsal belirleyenerlerin en önde gelenleri; yaşam boyu birikimli olarak ilerleyen eşitsizliğin çocukluk dönemi yetişkinlik döneminde-özellikle tıbbi açıdan-yaşanan sorunlara yol açmasıdır. Yaşlı LGBTİ+'lar, yaşam pratiklerindeki zorluklar; aile tarafından kabul görmeme, toplumsal hayattaki ayrımcılık, hizmetlere erişimdeki engeller, yalnızlık, yaş ayrımcılığı, finansal zorluklar ve sağlık problemleriyle mücadele etmek zorunda kalırlar. Bu zorluklar yaşlı LGBTİ+'ların cinsiyet kimliği/ cinsel yönelimine bağlı olarak daha da katmanlaşır ve sosyal dışlanmalar, ekonomik engeller, hizmete ve sağlık erişimdeki engeller daha da derinleşir (Tar, 2021).

Yaşlanma söz konusu olduğunda, yaşlı LGBTİ+'lar ekonomik durum, fiziksel yetersizlik, bağımsız yaşama, yalnızlaşma, destek sistemleri ve fiziksel çekicilik açısından LGBTİ+ olmayan yaşlılara kıyasla daha kaygılıdır (Meyer, 2012).

Barınma, istihdam ve sağlık hakkına erişimde ömür boyu kişilerarası, kurumsal ve sistematik ayrımcılığa maruz kalan yaşlı LGBTİ+'lar, daha büyük sağlık eşitsizlikleri, sosyal izolasyon ve destek eksikliği yaşıyor. Eşit evlilik hakkının sağlanmadığı Türkiye gibi ülkelerde, LGBTİ+'lar ilerleyen yaşlarda yalnızlaşma korkusu yaşıyor. Yaşlı LGBTİ+'ların partnerleriyle ilişkilerinin devlet tarafından tanınmaması, sosyal haklara erişimi engelliyor. Bütün sosyal hizmet ve destek mekanizmalarının aile temelli örgütlenmesi, aile kurma hakları engellenen LGBTİ+'ların bu hizmet ve desteklere erişimini imkansızlaştırıyor (Tar, 2021).

Yaşlı LGBTİ+'ların çocukluktan itibaren maruz kaldığı önyargılar, dışlanma pratikleri yaşlılık dönemine travmatik ruhsal yükler taşır. Bunun yanında, iş yaşamındaki ayrımcılık nedeniyle daha az gelire sahip olma, emeklilik ve sağlık sigortası haklarından daha az yararlanma, veraset sistemi, bakım ve aile kurma gibi sosyal desteklerden mahrumiyet sağlığa ulaşmada önemli eşitsizlikler oluşturur. Yaşlılık bir ayrımcılık yaşantısı iken, LGBTİ+ olmakla ilgili ön yargıların ve ayrımcılığın da eklenmesiyle "yaşlı LGBTİ+"yı özel gereksinimleri olan ve özel olarak ele alınması gereken ve benzersiz zorluklarla karşı karşıya olan özel bir statüye dahil ediyor (Tar, 2021).

"Tüm bu sorunlar kişilerin yaşam kalitesinde düşüşe neden oluyor. LGBTİ+'lar 65 yaşa gelmezden önce, yetişkinlik evresinde yaşadığı veya yaşayabileceği sağlık durumları üzerinden çok daha kolay yıpranabiliyorlar. Çünkü ekonomik eşitsizlik ve damgalanma korkusu sağlık hizmetine erişimi erken yaştan itibaren etkiliyor. Astım, obezite, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, tansiyon, yüksek kolesterol gibi teşhis edilmesi ve düzenli olarak testlerle izlenmesi gereken hastalıklar, ayrımcılık korkusuyla doktora gidemeyen LGBTİ+'larda da yaygın olarak görülüyor. LGBTİ+'larda da Artrit/spondilit, lupus, sjögren gibi genetik yatkınlıkla kendini gösteren otoimmün hastalıklar yaygındır. Kişinin ruh sağlığı hastalığın seyrinde çok önemlidir. İyi bir hastalık dönemi için, tıbbi desteğin yanı sıra, aile, arkadaş ve destek gruplarından alınacak destek, psikolojik olarak kişiyi iyi yönde etkiler, özsaygı ve moral kazandırır. Psikolojisi ve motivasyonu yüksek olan kişiler acıyla daha iyi baş eder. Otoimmün hastalıklarla yaşayan LGBTİ+'larda, bu motivasyon kaynağı çoğunlukla yoktur. Bu da 65-70 yaşına kadar çalışmayı imkansız hale getirir. Çünkü şimdiden kaliteli bir yaşamdan ve beden sağlığından yoksunluk yaşayabilen LGBTİ+'lar, ayrımcılık yüzünden zamanında tedavi edilemeyen hastalıklardan ötürü çalışmaya devam edememe, iş bulmakta zorlanma, iş kaybetmeye doğru giden bir süreçle yüz yüze kalabilmekteler" (Tar, 2021).

LGBTİ+'ların sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları bir dizi engel olarak en sık tekrarlanan temalar; heteronormativite ve cinsiyet normatifliği, azınlık stresi, sağlık profesyonellerinin önyargılı tutumları (örn. dönüşüm terapisine yönlendirme); kan vermenin engellenmesi, sağlık profesyonellerinin LGBTİ+'ların statüleri ve sağlığı hakkında bilgi eksikliği, LGBTİ+ kimliğini ifşa etme korkusu; ve interseks varyansının gereksiz tıbbileştirilmesidir (Sherriff, 2019).

Eşcinselliğin 1973' den beri artık DSM-II'de bir hastalık olarak sınıflandırılmıyor olmasına ve 1992'den beri Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından eşcinsellik zihinsel bozukluklar listesinden çıkarılmış olmasına rağmen, homofobi ve ayrımcılığın toplumsal yaygınlığının sürmesi, bazı devletlerin ve kurumların homofobik olmaya devam etmesi LGBTİ+'lar açısından sayısız sağlık eşitsizliklerine neden oluyor. (Homofobi: "Gey, lezbiyen, biseksüel, translara veya görünüş veya davranışları ikili cinsiyet stereotiplerine uymayan kişilere karşı doğrudan veya dolaylı reddediş ve bu kişilere karşı doğrudan veya dolaylı ayrımcılığa yol açan tüm olumsuz tutumlardır). Heteroseksüelliğin sosyal bir norm veya cinsel yönelimin en kabul edilir biçimi olarak onaylanması; tüm insanların heteroseksüel olduğunu kabul ederek, günlük temsillerde, sosyal ilişkilerde ve sosyal kurumlarda cinsel yönelimlerin ve kimliklerin çeşitliliğini gizleyen bir işlev görür, ayrımcılığa, ön yargılara ve dışlanma pratiklerine neden olur (ESDC, 2021). Ayrıca, düşmanca ortam tıbbi uygulamalara da sirayet ederek kötü sağlık hizmeti deneyimlerine yol açabilir. Bir sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından ayrımcı muamele görme korkusu, hastaların sağlık hizmetlerine başvurmayı ertelemesine ve bu da sağlığın daha da bozulmasına neden olabilir (Elliot, 2014).

19 ülkede LGBTİ+'larla gerçekleştirilen 386 araştırma çalışmasının meta-analizi, %55'inin sözlü tacize, %45'inin cinsel tacize ve %41'inin genel popülasyondan daha yüksek düzeyde ayrımcılığa maruz kaldığını ortaya koydu. LGBTİ+'ların bazıları için bireysel ayrımcılık deneyimleri arasında düşmanlık, kişisel reddedilme, taciz, zorbalık ve şiddet yer alırken, kurumsal ayrımcılığın, kamusal alandaki yasaların ve politikaların eşcinsel evliliğin yasaklanması gibi eşitsizliklerin sürmesi veya yasaların cinsiyet kimliği, cinsel yönelim veya cinsiyet özelliklerine dayalı ayrımcılığa karşı koruma sağlamaması nedeniyle oluştuğu düşünülmekte. LGBTİ+'ların yasal korumaya sahip olmadığı durumlarda, sağlık hizmetlerine erişimde beklenen damgalanma nedeniyle daha endişeli oldukları tespit edildi (Zeeman, 2019).

Yetişkin LGBTİ+'ların sağlık ihtiyaçları, sağlık hizmeti sunucuları ile cinsel sağlık ihtiyaçlarının tartışılmasındaki eksiklik nedeniyle de genellikle tam olarak karşılanmıyor. Sağlık hizmeti ihtiyaçları hakkında sağlık görevlilerinin bilgi eksikliği, hasta kayıtlarının gizliliği ve mahremiyetle ilgili endişeler, yanlışlıkla cinsel yönelimin açıklanması, yaşadıkları sağlık probleminin cinsel yönelimleriyle ilişkilendirilebileceği, bu nedenle niteliği daha düşük bir sağlık hizmeti alabilecekleri, sağlık çalışanlarının onları yargılayacağı ve bu bilginin sosyal güvenlik kurumlarıyla paylaşıldığı taktirde çalışma durumlarını etkileyebileceği korkuları, sağlık hizmeti sunucularının hastayı ya da danışanı heteronormatif varsaymaları hizmet sunucu- hasta ilişkisinde gerilimlere yol açıyor (SpoD, 2017).

Bu engeller, lezbiyenler arasında Pap smear ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) testi dahil olmak üzere koruyucu sağlık taraması oranlarının düşmesine neden olur. Benzer şekilde, rutin Pap testi, insan papilloma virüsü (HPV) ve rahim ağzı kanserinin erken tespiti için kritik öneme sahiptir; bununla birlikte, lezbiyenler arasında Pap testi oranı %44 ila %57 arasında değişirken, genel olarak Amerikalı kadınlar arasında %75-%84 aralığındadır. Ülke çapında yapılan yakın tarihli bir araştırma, lezbiyenlerin %53'ünün HPV testinin pozitif çıktığını ve %37'sinin HPV için yüksek risk taşıdığını ortaya koydu. Lezbiyenlerin genellikle CYBE için düşük risk taşıdığı düşünülür ve sonuç olarak CYBE testi genellikle ihmal edilir. Oysa HPV ve bakteriyel vajinozis bulaşı, kadınlar arasında cinsel aktivite yoluyla da mümkündür (Griffin, 2020). Lezbiyenlerde heteroseksüellere göre meme ve servikal kanserlerin daha sık görüldüğüyle ilgili kanıtlar mevcuttur. Meme kanseri, koruyucu hizmetlerdeki tarama hizmetlerinden yararlanamama ya da emzirmenin daha düşük oranlarda görülmesiyle açıklanmaktadır. Jinekolojik kanserler erken tanı konmadığı için heteroseksüellere göre daha sıktır (Davas, 2017).

ngiltere'de ülke çapında gerçekleştirilen bir anketin hasta verileri, LGBTİ+'ların fiziksel ve zihinsel sağlıklarının cisheteroseksüellere kıyasla önemli ölçüde daha kötü olduğunu gösteriyor. Cinsel yönelime göre sağlık eşitsizliklerinin, kadınlar için erkeklerden daha fazla olduğu ve biseksüeller için gey ve lezbiyen katılımcılardan tutarlı bir şekilde daha fazla olduğu gözlenmiş. En büyük farklılıklar, uzun süredir devam eden psikolojik veya duygusal problemler olup, LGBTİ+'ların bu sorunları bildirme olasılığının cisheteroseksüel katılımcılara göre iki ila üç kat daha fazla olduğu, farklılıkların en çok biseksüel katılımcılarda olduğu gözlenmiş (Elliot, 2014). LGBTİ+ popülasyonlarında depresyonun daha yüksek prevalansı göz önüne alındığında, yaşlı LGBTİ+'larda nesnel bilişsel bozulma ve bunama için potansiyel bir risk olarak depresyon daha fazla araştırılmalıdır. Demans için potansiyel yüksek risk göz önüne alındığında, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi diğer ruh sağlığı problemlerini de göz önünde bulundurmamak önemlidir (Flatt, 2021).

Lezbiyenlerde, heteroseksüel kadınlarla kıyaslandığında obezite riski iki kat artmaktadır. Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'larda cisheteroseksüellere kıyasla bir buçuk kat daha fazla astım riski vardır, kardiyovasküler hastalığa yakalanma riskleri ise iki kat fazladır (Conron, 2010). Ciserkeklere prostat, kolon, testis kanseri tanılarında gecikme, anal papillom, Hepatit A ve B aşılılarıyla topluma göre daha düşük oranlarda bağışıklanma gözleniyor. Transların sağlık sorunları konusunda ise tıbbi çalışmalar son zamanlarda artmaya başlamıştır. Hormon tedavisi içeriği ve dozları dahi bilinmemekte, ilaçlar karaborsada ve kulaktan dolma bilgilerle kullanılmaktadır. Bu konuya ilgi duyan ve çalışan endokrinolog, dermatolog sayısının yetersiz olması sorunu derinleştiriyor. Translar kullandıkları hormonlar ve uygun olmayan dozlar nedeniyle kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler açısından en önemli risk grubunu oluşturuyor, sağlık, beslenme, barınma, çalışma gibi alanlarda yaşadıkları ağır insan hakları ihlalleri nedeniyle sorunlar yaşamlarını tehdit eder boyutlara ulaşabiliyor (Davas, 2017).

Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ların (alkol, uyuşturucu kullanımı gibi) zararlı sağlık davranışlarının benimseme olasılıklarının daha yüksek olduğu bir tabloya rağmen, bu grupta düzenli egzersiz yapanların oranı, cisheteroseksüellerden yüzde 7 daha yüksektir (Kneale, 2021).

3. AZINLIK STRESİ

LGBTİ+ toplulukta, ruhsal ve bedensel sağlığın toplum genelinden daha kötü olmasına aracılık eden etkenlerle ilgili en yaygın kabul gören çerçeve 'azınlık stresi kuramı'dır. Azınlık Stres Teorisi, LGBTİ+'ların, önyargı ve damgalanma ile ilgili sosyal strese daha fazla maruz kaldıkları için genel nüfusa kıyasla daha yüksek olumsuz ruh sağlığı ve genel sağlık riskleri taşıdıklarını varsaymaktadır (Kneale, 2021), (Başar, 2020). Ancak kişilerin olumsuz etkilenmesi için doğrudan ayrımcılığa uğraması gerekmez. Bir kişinin, grubun ayrımcılığın hedefi olduğuna yalnızca tanık olması veya bunu bilmesi, sıkıntıya neden olmak için yeterlidir. Bu kurama göre ayrımcılığa maruz kalmak ya da maruz kalma beklentisinin yarattığı sürekli stres nedeniyle ve kimliğin, benliğin olumlanmaması sonucu olarak benlik saygısında azalma, gizlenmek ve farkedilmemekle ilgili kaygılar sonucu da hem ruhsal hem bedensel hastalıklara daha açık hale gelirler. Yaşamın erken döneminde yinelenen şekilde şiddete maruz kalmanın, yaşlı LGBTİ+'larda bedensel sağlık eşitsizliklerine ve sosyal izolasyona yol açtığına dair bulgular mevcuttur (SPoD, 2017), (Frost,2015). Başkalarıyla etkileşimler, benlik ve esenlik duygusunun gelişimi için çok önemlidir. Sembolik etkileşim teorileri, bu nedenle, başkalarından gelen olumsuz bakışın, olumsuz benlik saygısına yol açtığını öne sürer. Benzer şekilde, sosyal değerlendirme teorisinin temel ilkesi, insanların kendilerini başkalarıyla karşılaştırarak kendilerini öğrenmeleridir (Meyer, 2003). Mikrosaldırıcılık teorisi, günlük sinsi ayrımcılığı açıklamak için azınlık stresi yaklaşımından ortaya çıkan kavramsal çerçevenin bir parçasıdır. Mikro saldırıcılıklar, "hedef kişiye veya gruba düşmanca, aşağılayıcı veya olumsuz bildirimler ileten, kasıtlı veya kasıtsız, günlük kısa ve yaygın sözlü, davranışsal ve çevresel hakaretler" olarak tanımlanmaktadır. Bu örtük önyargı biçimleri, LGBTİ+'ların ruh sağlığı ve esenliği üzerinde zararlı bir etkiye sahiptir "Çok hassassın! Ben transfobik değilim" veya "Sürekli ayrımcılıktan bahsediyorsun", bir bireyin kişisel deneyimini, duygularını veya düşüncelerini inkar eden mikro geçersiz kılma örnekleridir (Anzani, 2021). Diğer bir örnek, LGBTİ+ partnerliklerini görmezden gelmek veya kayıp durumlarında yas süreçlerini yok saymaktır (Kneale, 2021).

4. SAĞLIK KURUMLARINDA EŞİTSİZLİKLER VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SORUMLULUĞU

Sağlık eşitsizlikleri, iki grup arasındaki sağlık durumundaki sistematik farklılıklardır. Sağlıkta eşitsizlikler, doğal olarak meydana gelen farklılıklarla açıklanamadığında, bunun yerine sosyal adaletsizlikten kaynaklandığında, sağlık eşitsizlikleri olarak kabul edilirler. Sağlıkta genel (tedavideki) "eşitsizliklere" katı bir şekilde odaklanmak, aynı zamanda, yaşlı LGBTİ+'ların sağlık ihtiyaçlarının cisheteroseksüellerle aynı olduğunu varsaymamıza ve yaşlı LGBTİ+'ların özel ihtiyaçlarını gözden kaçırmamıza da yol açabilir. Yaşlı LGBTİ+ olmak sağlıkta var olan eşitsizlikleri şekillendirdiği gibi, engelli, göçmen olmak da eşitsizliklerde farklılık yaratır (Kneale, 2021). Sağlıkta eşitsizlikler birden fazla araştırma, uygulama ve politika alanında müdahale gerektiren sorunlardır (McParland, 2016).

Yaşlı LGBTİ+'lar, LGBTİ+ olmayanlara kıyasla sayısız sağlık eşitsizliği ile karşı karşıyadır. Sağlık hizmetlerine erişim eksikliği ve düşük kullanımın yanı sıra sağlık hizmetlerinde ayrımcılık ve damgalanma da bu eşitsizliklere katkıda bulunur ve muhtemel eşitsizlikleri pekiştirir ve sürdürür. Ayrımcılığa uğrama korkusu cinsel kimliklerin gizlenmesine, dolayısıyla tıbbi bilgi yetersizliğine yol açabilir. Sonuç olarak, sağlık çalışanları tam bir değerlendirme yapmak veya uygun tedavi seçenekleri önermek için gereken tüm ilgili bilgilere sahip olmayabilir. Özellikle yaşlı LGBTİ+'ların, LGBTİ+ olmayanlara göre karşılanmamış sağlık hizmetleri gereksinimlerine sahip olmaları ve gerekli bakımdan vazgeçmeleri daha olasıdır (Griffin, 2020), (Zeeman, 2019).

Yaşlı LGBTİ+'ların %36'sı- yani üçte birinden fazlası- birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının cinsel yönelimlerini bilmediklerini ifade etmişlerdir.

Yapılan bir araştırma, yaşlı LGBTİ+'ların %32'sinin 'ayrımcılık deneyimi veya ayrımcılık korkusu' olduğunu gösteriyor. Yaşlı LGBTİ+'ların %42'si cinsel kimliklerine dayalı olumsuz deneyimler bildirmiştir. Partneri olmayan yaşlı LGBTİ+'ların yüzde kırk üçü ve 60'lı ve 70'li yaşlarında yaşlı LGBTİ+'ların %40'ı sağlık hizmeti sağlayıcılarının cinsel yönelimlerini bilmediğini ifade etmiştir (Poll, 2014), (McParland, 2016). Yaşlı LGBTİ+'ların çoğu (%65), birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla açık ve dürüst iletişim kurduğunu söylerken, yaklaşık dörtte biri ise (%23) yargılanacakları korkusuyla belirli konuları konuşmadıklarını ifade etmiştir.

Yaşlı EB erkekler, sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından yargılanacakları konusunda yaşlı EB kadınlara kıyasla daha kaygılıdır (% 25'e karşılık %18). Transların üçte birinden fazlası (%35) benzer kaygıya sahiptir. Yaşlı LGB'lerin beşte biri (%20) ve yaşlı transların neredeyse yarısı (%44) diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla-hastane veya bakımevi personeliyle-kurdukları iletişimin, cinsel yönelim/cinsiyet kimlikleri bilindiğinde olumsuz etkileneceğini düşünüyor. Yaşlı transların üçte ikisi (%65) yaşlandıkça sağlık hizmetlerine erişimlerinin kısıtlı olacağını ve yarıdan fazlası (%55) ise yaşları nedeniyle kendilerine tedavi uygulanmasının reddedileceğini düşünüyor (Poll, 2014). Yaşlı LGBTİ+'ların maruz kaldığı sağlık eşitsizliklerine büyük ölçüde ayrımcılık, damgalanma ve azınlık stresinin, içselleştirilmiş damgalanmanın yol açtığı gerçeği, hemen tüm araştırmaların ortaklaştığı bir bulgu olarak önümüzde duruyor. Benliğin özdamgalama nedeniyle olumlanmaması, yaşlı LGBTİ+'ların daha erken yaşlarda sahip olması beklenen ruhsal dayanıklılığa da engel oluyor (Başar, 2020).

Gerek dünyada, gerek ülkemizde LGBTİ+ topluluğa yönelik nefret söylemi, ayrımcı tutum ve davranışlar, süregelen bir şiddet beklentisine de neden olarak, hem ruhsal, hem bedensel sağlıklı olumsuz yönde etkiliyor.

Her hekim ve sağlık çalışanının görevini yaparken hizmet verdiği kişiler ve yakınlarının, cinsel kimlik çeşitliliğinin olağanlığının farkında olması gerekir. Her hekimin topluma ve çalıştığı ortama dair eğitici rolü ve sorumluluğu vardır. Ayrımcılığın tek nedeni bilgi eksikliği olmadığı gibi ortadan kaldırmaya yetecek tek faktör de eğitim değildir, ancak bilgilenmenin rolü de yadsınamaz. Tıp eğitimi müfredatlarında ayrımcılığa ve LGBTİ+ sağlığına yönelik bilgiler olması, ayrımcılık ve damgalamayı ortadan kaldırmaya yönelik önemli bir adımdır. Cinsellik ve üremenin bağımsız olduğu fikrinin heteronormativite dışında bir anlayışla işlenmesi, bu konuda duyarlılık ve farkındalık geliştirmenin, LGBTİ+'ların sağlığı açısından büyük etkileri olacaktır. Ayrımcılık her zaman aşikâr bir şiddet yolu ile ortaya çıkmaz, sözsüz iletişim denilen beden dili, bir bakış, göz temasından kaçınma, konuşma süresini kısa tutma, söz kesme, sorulan bir soruyu önemsememe, başka bir işle ilgilenme, tahlil yapmaktan kaçınma gibi durumlar zaten bir ayrımcılık beklentisi ve kaygısı içindeki yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lar için mikrosaldırğanlık örnekleridir.

Yaşamı boyunca ayrımcılığa maruz kalmış LGB veya transların savunmacı ve uyumsuz davrandığı durumları, mizaç ya da trans olmasıyla ilişkilendirmek yerine, maruz kaldığı olası şiddet tehdidi nedeniyle kendilerini özsavunma biçimi olarak değerlendirmek gerekir. Ayrımcılık sadece sözel değildir. LGBTİ+'ların açılmasına izin vermeyen her tavır da ayrımcılığı besler. Azınlık stresi nedeniyle maruz kalma beklentisi bir iç stres kaynağı oluşturur. Bu beklenti kişinin kendini gizlemesine, fark edilmemek için çaba harcamasına neden olur. Hekimin ayrımcılıktan uzak yaklaşımı ve kapsayıcı tavrı, hem bu stresin azalmasına, hem de ayrımcılık nedeniyle olumlanmamış olan özbenliğin hak ettiği onuru yeniden kazanmasına yardımcı olur. Hekimler çalışma alanlarındaki duruş ve yaklaşımlarıyla LGBTİ+'lar için önemli bir sosyal destek kaynağı olabilirler. Hekimlerin sorumlu oldukları toplum sadece hastaları, danışanları değil aynı zamanda birlikte çalıştıkları meslektaşları ve sağlık çalışanlarıdır (LGBTİ+ sağlık çalışanlarının olduğunu da unutmamak gerekir) (Başar, 2020).

4.1.ETİK İLKELER DOĞRULTUSUNDA HEKİM SORUMLULUĞU

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ CENEVRE BİLDİRGESİ:

II. Dünya savaşı sonrası Dünya Tabipler Birliği'nin 2'nci Genel Kurulu'nda (Eylül 1948, Cenevre-İsviçre) and metni II. Dünya savaşının yaralarını sarmak ve hekimliğin bu savaşta aldığı yaraları onarmak üzere yeniden tanımlanır. **Cenevre Bildirgesi/ Mesleki Bağlılık Yemini** olarak da geçen bu and metninde ilk kez olarak "**Din, ulus, ırk, parti politikaları ya da toplumsal durumla ilgili değerlendirmelerin görevimle hastamın arasına girmesine izin vermeyeceğim**" ibaresi yer alır. Bu söylem günümüze kadar tüm and metinlerinin değişmez ögesi olarak kalır. Daha sonrasında "Mesleki Bağlılık Yemini" alt başlığında bu metin revize edilmiş, evrensel insan hakları bağlamında bu kısım "**Yaş, hastalık ya da sakatlık, inanç, etnik köken, millet, politik eğilim, ırk, cinsel yönelim, sosyal duruş ya da başka herhangi bir etkenin, görevim ve hastam arasına girmesine izin vermeyeceğim**" şeklinde yenilenmiştir. Bu yenileme yaşın, sakatlığın, cinsel yönelimin de hekimler için ayrımcılık nedeni olamayacağını reddedilmez hale getirmiştir (Türkiye Biyoetik Derneği).

ETİK İLKELER;

TOPLUMSAL CİNSİYET, CİNSİYET KİMLİĞİ, CİNSİYET İFADESİ, CİNSEL YÖNELİM EŞİTLİĞİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ BİLDİRGESİ:

15-16 Aralık 2018 tarihinde Ankara'da düzenlenen "TTB III. Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda geliştirme çalışmaları başlamış ve 24 Kasım 2019 tarihinde TTB Olağanüstü 71. Büyük Kongre'sinde kabul edilmiştir.

ÖNERİLER

Türk Tabipleri Birliği konuyla ilgili aşağıdaki ilkeleri benimser:

1. Herhangi bir toplumsal cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsiyet ifadesi ve cinsel yönelim kişiyi daha üstün, daha fazla hak sahibi kılmadığı gibi, haklardan mahrum bırakılmasına neden olamaz.
2. Hekimler, toplumsal cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsiyet ifadesi ve cinsel yönelimle ilgili ayrımcı tutum ve davranışlar içine girmemeli, bunlardan dolayı kişilere sağlık hizmeti vermekten kaçınmamalıdır.
3. Her bireyin toplumsal cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsiyet ifadesi ve cinsel yönelimiyle ilgili beyanları esastır ve sağlık çalışanları kişinin bu bağlamdaki özerkliğine saygı gösterir.
4. Toplumsal cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsiyet ifadesi ve cinsel yönelim çeşitliliğinin herhangi bir ögesi ruhsal hastalık değildir.
5. Cinsiyet ve cinsel kimliği fark etmeksizin tüm bireylerin herhangi bir kısıtlama ve ayrımcılık olmadan cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgilendirme, eğitim ve hizmet alma hakkından yararlanması güvence altına alınmalıdır.
6. Üreme sağlığı yöntemlerine erişimle ilgili engeller kaldırılmalı, başta kadınlar olmak üzere herkesin bu konuda nitelikli sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.
11. Hekimler her hastayı değerlendirirken, toplumsal cinsiyete dayalı, nefret suçlarına kadar varabilen şiddet olasılığını değerlendirmeli, sağlıkla ilgili sonuçlarını saptamaya yönelik tutum geliştirmelidir.
12. Hekimler, toplumsal cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsiyet ifadesi ve cinsel yönelim ile ilgili ayrımcılığa uğrama olasılığı bulunan kişilerle çalışırken ayrımcılığın ruhsal ve bedensel sağlığa etkilerini göz önünde bulundurmalıdır.
13. Hekim tarafından kişilere cinsel kimlik atanamaz. Buradan yola çıkarak tıbbi işlem ve muayene yapılmasının bilimsel dayanağı yoktur; kişinin bu değerlendirmeye zorlanması kabul edilemez.
14. Kişinin doğduğunda kendisine atanmış cinsiyetinden ayrı bir cinsiyet kimliği olması durumunda, bedensel özelliklerinin cinsiyetiyle uyumlanması, ruhsal desteği de içeren bir tıbbi süreç gerektirebilir. Bu tıbbi sürece erişim, sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmeli ve sağlık güvencesi içine alınmalıdır.
15. Cinsiyet uyumuna yönelik ruhsal destek, hormon replasman ve cerrahi işlemler başta olmak üzere bütün tıbbi işlemlere sağlık güvencesi kapsamında, birden çok uzmanlık alanının eşgüdümü olarak iş görebildiği bir hizmet modeliyle erişebilmenin sağlanması gereklidir.
16. Yasal kayıtlardaki cinsiyetin uyumlanması süreci, zorunlu tıbbi girişimleri içermeyecek şekilde yeniden düzenlenmelidir. Yasal düzenlemeyle ilgili çalışmaların sağlıkla ilgili meslek kuruluşları ve konuyla ilgili sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla yürütülmesi önerilir.

17. Cinsiyet farklılaşmasının beklendiği gibi gelişmediğinin doğumda ya da yaşamın erken bir döneminde saptandığı durumlarda, yaşamsal risk nedeniyle tıbbi endikasyon olmadıkça, geri dönüşü olmayan tıbbi işlemler olabildiğince ertelenmeli, kişinin karar verme süreçlerine katılabilecek olgunluğa erişmesi beklenmelidir.

18. Tıp, tıpta uzmanlık ve lisansüstü eğitimi ve sürekli mesleki gelişim müfredatlarında cinsiyet ve cinsel kimliklerle ilgili çeşitlilik aktarılmalı ve bu özellikleri nedeniyle ayrımcılığa maruz kalan grupların kendilerine özgü sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik yaklaşımlara yer verilmelidir.

19. Tıp, tıpta uzmanlık ve lisansüstü eğitim süreçlerinde, bu eğitimlerin verildiği ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlarda toplumsal cinsiyet ve cinsel kimliklerle ilgili eşitsizliğin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

20. Cinsel yönelimi ve cinsiyet kimliğiyle doğrudan ilişkili nedenlerle tıbbi tedavi gereksinimi duyanlarla çalışırken gruba özgü uygulamalar konusunda hekim, kendini yetkin ve yeterli görmüyorsa başvuruları bu hizmeti verebilecek kişi ve kurumlara yönlendirmelidir.

22. Hekimler, konuyla ilgili toplumsal farkındalığın geliştirilmesi için çalışmalar yapmalıdır (TTB, 2020).

5.HIV İLE YAŞLANMA

HIV üzerindeki damga, LGBTİ+'lara yönelik damgalamalarla kesişir. HIV ile enfekte olmanın, LGBTİ+'lar için ilahi bir ceza olduğuna inanılmaktadır. HIV ile ilgili damgalama, enfeksiyona yol açtığı varsayılan davranışlarla (örneğin, cinsel temas, uyuşturucu kullanımı ve seks işçiliği) ilgili olumsuz tutumların yanı sıra insanlarla etkileşimden kaynaklanan, olduğundan yüksek algılanan kişisel enfeksiyon riskini içerir. Dahası, HIV birçok kişi tarafından yönetilebilir bir kronik durum yerine ölüm cezası olarak görülmeye devam ediyor, bu HIV ile yaşayanların halen "ölmeden önce ölü" olarak algılanmasına neden oluyor ve bu da HIV pozitif kişilerde sosyal değer kaybına katkıda bulunuyor. Birden fazla kesişen damgalamanın, sağlık ve sağlık bakımı davranışları açısından negatif etkiler yarattığı bilinmektedir. Kesişimsel damgalama, sağlık hizmet sağlayıcıları ve damgalanmaya maruz kalan hastalar arasındaki etkileşimler, bunun hastalarda uyandırdığı korku, sıkıntı, sonuç olarak kaçınma davranışları ve fizyolojik stres tepkileri yoluyla HIV bakım sürekliliğinin sonuçlarını etkileyebilir. Potansiyel damgalanma yerleri olan sağlık bakım tesislerine başvurmadan kaçınmak gibi sonuçlar doğurabilir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, sosyal olarak marjinalleştirilmiş birden çok kimliğe sahip olduklarını düşündükleri hastalara,-örneğin HIV pozitif eşcinseller veya HIV pozitif madde kullanıcıları gibi, HIV pozitif heteroseksüellerle karşılaştırıldığında- daha fazla sayıda damgalayıcı davranış sergiledikleri, randomize kontrollü bir araştırmadan elde edilen kanıtlarla da desteklenmektedir. HIV pozitif LGBTİ+'lara ve geleneksel ikili cinsiyet normlarına uymayan kişilere yönelik kesişen damgalamalar nedeniyle, kişiler HIV bakım hizmetlerinden kaçınabilir. Çünkü sağlık sisteminde kötü muamele görme korkusunun, damgalanma deneyimlerinin bakıma erişimde önemli engeller olduğu gösterilmiştir. Örneğin, araştırmalar, bazı hekimlerin, hastalarının gey olduğunu öğrendikten sonra, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları (CYBE) teşhis edebilecek standart genital veya anal muayeneleri yapmaktan kaçındıklarını veya bakım vermeyi reddettiklerini gösteriyor. Damgalanma deneyimi, sağlık hizmet tesislerini güvensiz alanlar olarak kodlatırır, sağlık bakımı için gerekli olan desteği, güveni, saygıyı ve etkili iletişimi zayıflatır (Gu, 2021).

IV'le yaşlanma deneyimine odaklanan az sayıda çalışmalardan ikisi, gey ve biseksüel erkeklerin daha ileri yaşlarda bile enfekte olma riski altında bulunduğunu göstermiştir. Londra'daki çalışma HIV'le yaşayan 50 yaş üstü eşcinsel erkeklerin üçte birinde, HIV pozitif oldukları ellili yaşlarında tespit edilmiştir (Kneale, 2021), (Tietz, 2011). 50 yaş üstü HIV pozitif kişilerin sayısı, 24 yaş altındakilerin iki katından fazladır. Yine de maalesef HIV konusunda yaşlıları hedefleyen neredeyse hiç önleme ve sağlık programları bulunmadığı da görülmekte. Sağlık hizmet sağlayıcıları genellikle yaşlı hastalarıyla HIV riski hakkında konuşmuyorlar. Ek olarak, yaşlılarda, HIV ilaç tedavisinin uzun vadeli etkilerinden, örneğin artmış erken bilişsel gerileme ve böbrek yetmezliği, şiddetli depresyon, kanser ve osteoporoz gibi kronik durumlar gelişme riskinin artması riskini de göz önünde bulundurmak gerekiyor (Baker, 2021), (Kneale, 2021).

HIV'le yaşayanlara yönelik ayrımcılık ve damgalanma olduğu sürece HIV testi için kişiler gönüllü olmayabilirler. Bu, kişilerin bilmeden başkalarını enfekte etmesine yol açabilir. Ayrımcılık ve damgalanma sürdüğü sürece kişilerin HIV statülerini özgürce açıklamalarını beklemek de gerçekçi değildir (Yetener, 2020).

2005'te yapılan, katılımcıların çoğunu doktorların oluşturduğu bir çalışmada (80 doktor ve 58 hemşire) HIV/AIDS ile yaşayanların ameliyatında bulunmaktan kaçınan cerrahi branş katılımcılarının oranının yüzde 50 olduğu görülüyor. Günlük pratikte ise bu oran çok daha fazladır. Bu, HIV/AIDS hakkındaki bilgi eksikliğinin yanı sıra önyargının doktorlar ve hemşireler arasında ne kadar yüksek olduğunun da kanıtı. 2017 yılında yapılan "Türkiye'de HIV ile ilgili Damgalama ve Ayrımcılığın Analizi" başlıklı araştırmaya göre de HIV ile ilgili damgalama/ayrımcılık ve insan hakları ihlali oranı yüzde 23 ve yüzde 30 olarak bulunmuş. En yaygın damgalama şeklinin hakkında dedikodu yapılması (yüzde 69) ve sözel tehdit, taciz, incitilme (yüzde 46) olduğu belirlenmiş. Katılımcıların yüzde 30'u HIV ile ilgili damgalama nedeniyle işini kaybetmiş ve yüzde 20'sinde sağlık hizmeti verilmesi reddedilmiş. HIV'le yaşayanların onay dışı olarak sağlık çalışanları tarafından üçüncü şahıslara HIV statüsünün ifşası da bir diğer sorun. Aktarım yolları hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması, gündelik temas yoluyla geçme korkusu damgalamanın en önemli nedeni olarak bulunmuş (Yetener, 2020).

5.1.ETİK İLKELER VE HEKİM SORUMLULUĞU

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ AIDS'İ TEDAVİ ETMEDE HEKİMLERİN MESLEKİ SORUMLULUĞU Viyana Avusturya Eylül 1988'deki 40. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Kabul edildi.

AIDS konusunda Dünya Tabipler Birliği geçici bildirisi Ekim 1987'de benimsendi, aşağıdaki kısımları içermekteydi:

İlgili hastalar ve AIDS virüsüne karşı antikorları pozitif olarak test edilenler uygun tıbbi bakım almalıdır ve günlük yaşamlarında yanlış veya mantıksız bir ayrımdan dolayı doğru olmayan şekilde tedavi edilmemelidirler.

Hekimler enfekte hastalara şefkat ve teşvik gösterme eğilimini yansıtan uzun ve saygıdeğer bir geleneğe sahiptir. Bu gelenek AIDS epidemisi süresince devam ettirilmelidir."

Tıp ahlakı seropozitif bir hastaya karşı kategorik ayırım yapılmasına izin vermez. AIDS'le yaşayanlar yoğun, şefkatli tedaviye ihtiyaç duyar. Bu kişilerin ihtiyaç duyduğu bakım ve hizmetleri sağlayamayan bir hekim bu tip hizmetleri sağlamak için donanıma sahip hekimlere veya kurumlara yönlendirici uygun bir başvuru yapmalıdır. Başvuru kabul edilinceye kadar, hekim yetenekleri dahilinde hastaya en iyi bakımı vermelidir (TTB, 2009).

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN HASTA HAKLARI BİLDİRGESİ 34. DTB toplantısında kabul edilmiş (Lizbon, Portekiz, Eylül/Ekim 1981), 47. DTB Kurultayı'nda değişiklikler yapılmış (Bali, Endonezya, Eylül 1995) ve 171. Konsey Toplantısı'nda uyarlanmıştır (Santiago, Şili, Ekim 2005).

3. Kendi ile ilgili kararlarını belirleme hakkı ile ilgili olarak:

- Hasta kendisiyle ilgili tıbbi gerçeklerle birlikte sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir. Bununla birlikte hastanın kayıtlarında bulunan ve üçüncü bir kişiyi ilgilendiren bilgiler bu kişinin onayı olmaksızın hastaya verilmemelidir.
- İstisnai olarak, eğer hastaya verilecek bilginin kendi yaşamı ya da sağlığı üzerinde ciddi zararları olacağına inanılıyorsa hasta bilgilendirilmeyebilir.
- Bilgilendirme hastanın yetiştiği kültüre uygun olarak ve hastanın anlayabileceği biçimde yapılmalıdır.
- Hastalar bir başka kişinin yaşamının korunması için gerekli olmadığı sürece ve kesin olarak belirttiklerinde bilgilendirilmeme hakkına sahiptir.
- Hastalar kendileri yerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.

8. Gizlilik hakkı ile ilgili olarak:

- Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli tutulmalıdır. Bununla birlikte, hasta yakınlarının kendileri ile ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere ulaşma hakları bulunabilir.
- Gizli bilgiler yalnızca hastanın açık izni ya da mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın açık olarak izin vermediği durumlarda bu bilgiler yalnızca "bilgilendirilmesi gereken" diğer sağlık bakım hizmeti sağlayan personele verilebilir.
- Hastanın kimliğine ilişkin tüm bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır. Kimliğe ilişkin verilerin elde edilebildiği insan ürünleri de aynı biçimde korunmalıdır.

5. Yasal ehliyeti olmayan hasta ile ilgili olarak:

Eğer yasal ehliyeti (yeterliği) olmayan hasta mantıklı kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir ve böylesi bir durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır.

3. Kendi ile ilgili kararlarını belirleme hakkı ile ilgili olarak:

- Hasta kendisi ile ilgili kararları özgürce verebilme hakkına sahiptir. Hekim verdiği kararların sonuçları hakkında hastayı bilgilendirmekle yükümlüdür.
- Zihinsel yeterliliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı ya da tedaviye yönelik girişimi onaylama ya da kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli biçimde bilgilendirilme hakkı bulunmaktadır. Hasta uygulanacak test ya da tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecekleri açıkça anlamalıdır.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Mayıs 2012

Sır Saklama Yükümlülüğü

Madde 9- Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklayamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz. Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hastaya ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir. Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez. Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağırıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevlerinden çekilebilir (TTB, 2009).

6.SOSYAL İZOLASYON

Sosyal izolasyon, birçok yaşlı, özellikle yaşlı LGBTİ+'lar tarafından deneyimlenen sessiz bir gerçektir. Sosyal izolasyon, diğer insanlarla çok az ve kalitesiz temas kurmak, sosyal ilişkilerin ihmal edilmesi, bozulması anlamına gelir. Bu durum, az sayıda sosyal etkileşim ve az sayıda sosyal rolün yanı sıra karşılıklı olarak tatmin edici ilişkilerin ve aidiyet duygusunun eksikliğini de beraberinde getirir (ESDC, 2021), (Luskin, vd., 2009). Bu durum, LGBTİ+'lara anlamlı destek sağlaması gereken kurumların (örneğin, aileler, okullar, dini kuruluşlar, çevrimiçi platformlar) reddetme, zorbalık ve damgalama atmosferi yarattığında ortaya çıkar. Sosyal izolasyon, dışlanma duygusu yaratan yasal yapılardan, kurumsal politikalarından ve kültürel normlardan da kaynaklanabilir (Gracia, 2019).

Aileden ayrı yaşama, partner veya çocuk sahibi olmama olasılıklarının fazla olması ve önyargılar yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lar için sosyal izolasyon riski oluşturur. DSÖ, sosyal izolasyonun yaşlı yetişkinlerin ruh sağlığına nasıl zarar verebileceğini ve onları bunama riski altına sokabileceğini açıklar (WHO,2017,2018, 2019).

Yalnızlık ve sosyal izolasyon, yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lar için evrensel bir deneyim değildir. Özellikle diğer yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'larla ilişkiler ve sosyal ağlar kurabilenler, kendilerini izole ve yalnız hissetmeyebilirler, krizleri veya yaşa bağlı geçişleri yönetebilmek için başkalarından duygusal, sosyal ve ekonomik destekler alabilirler. Ancak, bu kaynakların olmadığı veya erişilmediği durumlarda, yaşlı LGBTİ+'ların buluşup sosyalleşmesi için yetersiz kaynaklar, çeşitli çalışmalarda artan sosyal izolasyon ve yalnızlık riskleri ile bağlantılı görülmüştür (Gracia, 2019), (Pereira, 2021).

Ailelerinden uzaklaşmış, çocuk sahibi olmamış yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ların birçoğu için dayanışma ve bakım için seçilmiş aileler kurmak önemli bir seçenektir (Kneale, vd., 2021).

Genel Sağlık Anketini tamamlayan yaşlı LGBTİ+'ların yüzde 16'sı, psikolojik sıkıntı çektiklerini belirttiler. Özellikle sosyal bakım ortamları, yaşlıların sağlığı ve bakımındaki eşitsizlikler için bir bağlantı noktası olarak görülüyor. Resmi bakım ortamları, yaşlı LGBTİ+ tarafından, geliştirmiş oldukları kimlik, ilişkiler ve yaşamı ciddi şekilde tehlikeye atıyor olarak algılanıyor. Bu stresin deneyimi veya beklentisi, daha kötü sağlık ve sosyal bakım sonuçlarına yol açıyor. Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ların karşılaştığı fiziksel ve zihinsel sağlık eşitsizliklerine ve sınıf, etnik köken ve ikamet gibi diğer kesişimselliklerin cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine dayalı eşitsizliklerle nasıl etkileşime girdiğine dair de kanıtlar mevcuttur (Gracia, 2019).

Araştırmalar, yaşlı biseksüel kadınların nasıl 'çifte ayrımcılığa' maruz kaldıklarını açıklarken, intihar düşüncesi riskinin yaşlı biseksüel kadınlar arasında yaşla birlikte arttığını gösteriyor. 45 yaş ve üstü biseksüellerin sadece yüzde 18'inin yönelimlerini hayatlarındaki en önemli gördükleri kişilere söylediklerini gösteriyor. Kimliğin gizlenmesi konusunda bu oran, yaşlı biseksüeller arasındaki depresyona katkıda bulunuyor. Sosyal izolasyon her yaşta olabilir. Fakat yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lar için eğer partner ve arkadaş kayıpları varsa ve buna, fiziksel sağlıkla ilgili problemler yüzünden oluşan mobilizasyon sorunları da eşlik ediyorsa, sosyal izolasyon riski artıyor. Yaşlanan ve yaşlı heteroseksüeller aynı koşullarla yüzleşiyor olsa bile, yaşlı LGBTİ+'lar açısından 2 kat daha fazla yalnız yaşama ve dört kat fazla çocuk sahibi olmama durumları, yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ları sosyal izolasyon açısından daha kırılgan bir noktaya yerleştiriyor (Butler, 2019). ABD'de yapılan bir araştırma, Amerikalı 65 yaş üstü LGBTİ+'ların %17'sinin yalnız yaşadıkları için izolasyon yaşadığını gösteriyor. Özellikle bu yaş grubu translar arasındaki sosyal izolasyon, depresyon, morbidite ve artan mortalite ile daha ilişkili görünüyor. Bazı araştırmalar, yaşlı transların genel popülasyondan daha fazla intihar düşüncesi, intihar girişimi ve daha yüksek oranda madde kullanımı deneyimlediğini gösteriyor. Genel olarak yaşlı nüfus için, sosyal izolasyon hem kötü muamele için bir risk faktörü hem de kötü muamelenin bir sonucu olarak kabul edilir. Bu konuda yapılan bir çalışma, yaşlı LGBTİ+'larda sosyal izolasyonun kötü muamele görme riskini artırdığını gösteriyor (ESDC,2021):

Yaşlı LGBTİ+'ların izolasyonu ile ilişkili risk faktörleri:

Bireysel veya kişisel faktörler:

- Evlilik ilişkisi içinde olmamak (not: bu oran yaşlı LGBTİ+'larda neredeyse %50)
- Yalnız yaşamak
- Yalnızlaşmak
- Çocuk sahibi olmamak veya yaşlı cishetlere oranla daha az çocuk sahibi olmak

Çevresel veya sosyal etkileşim faktörleri:

- Cinsel yönelimi veya cinsiyet kimliğini gizleme
- Az sayıda sosyal etkileşime sahip olmak
- Sosyal ağ kaybı
- Sınırlı sosyal ağ
- Ayrımcılık korkusu
- Geçmiş veya mevcut ayrımcılık deneyimi
- Yaş, cinsiyet ve etnokültürel topluluğa dayalı ayrımcılıkla ilişkili damgalama
- Ulaşım eksikliği gibi, hizmetlerin önündeki engeller
- Özel bir yaşlılar merkezine veya uzun süreli bakım tesisine girme korkusu
- Özerklik kaybı veya hastalık
- Yaşlı LGBTİ+'lar için programlarda destek eksikliği veya istenmediğini hissetme
- Topluma katkıda bulunma ve gönüllü çalışma yapma fırsatlarının olmaması
- Barınma hakkına erişimde ayrımcılık
- Toplum içinde ve bakım ve hizmet sağlayan kuruluşlarda heteroseksist veya homofobik kültür
- Bilgiye erişimde zorluk
- Kırsalda yaşamak

Yaşlı LGBTİ+'ları sosyal izolasyona karşı koruyacak faktörler:

Gerçekten de, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğinin kabulü, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi dayanıklılığı destekleyen koruyucu faktörlerdir ve risk faktörlerinin varlığını telafi edebilir.

Çevre ve toplumla etkileşimi içeren diğer koruyucu faktörler:

- Bir topluluğun parçası olmak
- Bir aktivist grubun parçası olmak
- Sosyal destek ağına sahip olmak (seçilmiş aile, arkadaşlar), özellikle de kişilerin cinsel yönelimleri veya cinsiyet kimlikleriyle ilgili konularda açıkça konuşmasına yardımcı oluyorsa (özellikle yaşlı translar için); ve
- LGBTİ+ dostu/heteronormatif olmayan ev/yaşam kompleksleri gibi uygun hizmetlere erişim

Yaşlı LGBTİ+'lar arasında sosyal izolasyonun sonuçları:

Sosyal ağ ve sosyal destek kaynaklarını muhafaza etmek, yaşam kalitesini, fiziksel ve zihinsel sağlığı ve yaşlı LGBTİ+'ların mutluluğunu olumlu yönde etkilediğinden, başarılı yaşlanma için esastır. Tersine, yalnızlık ve izolasyon özellikle yaşlılarda kırılabilir riskini artırır (Pereria, 2021).

Yaşlı LGBTİ+'larda sosyal izolasyon ve yalnızlık, bilimsel literatürde yakından bağlantılı iki sorundur. Aslında, yaşlı LGBTİ+'ların %53'ü izole edilmiş hissediyor. Yalnızlaşma, (alkol veya uyuşturucu kullanımı dahil) madde kullanımı, anti sosyal davranış, karar verme ve öğrenme yeteneğinde azalma, anksiyete, depresyon, kaygı, hafıza kaybı, bunama gibi zihinsel sorunlar, kilo alma, kilo verme, yetersiz beslenme, kardiyovasküler hastalık, felç gibi fiziksel sağlık sorunlarına neden olabilir (ESDC,2021), (Nicholson, 2010), (Choi, 2016), (Luskin, 2010).

7.TRANSLARIN SAĞLIK DURUMU

Sosyal grupla pozitif özdeşleşme, kolektif benlik saygısı olarak bilinir. Bu nedenle, kişinin grubuyla pozitif özdeşleşmesi, toplumsal baskının etkileriyle baş edilmesine yardımcı olabilir. LGBTİ+ popülasyonlarında alkol ve diğer maddelerin kullanımı ve depresyonun, genellikle içselleştirilmiş özdamgalamadan (içselleştirilmiş transfobi dahil) veya çeşitli biçimlerde karşılaşılan toplumsal damgalamadan ve başkaları tarafından ayrımcılığa veya psikolojik veya fiziksel istismara maruz kalmaktan kaynaklandığı çalışmalarda gösterilmektedir. ABD'nin büyükşehirlerinde translarla ilgili yapılan anketlerde, alkol, esrar, kokain, amfetamin, metamfetamin ve afyon kullanımına ilişkin kişisel bildirimler, genel nüfusa karşılık gelen orana nazaran 4 ila 10 kat daha yüksek olmuştur (Nuttbrock, 2014). Araştırmalar, LGBTİ+'lar arasında transların sağlık hizmetlerine erişim de dahil olmak üzere farklı sosyal bağlamlarda en yüksek düzeyde ayrımcılık yaşayabildiğini gösteriyor. Transların demografik bilgiler ve sağlık kayıtları açısından özel ihtiyaçları vardır; spesifik olarak, transların mevcut kimlik/ölü adlarından ve cinsiyetlerinden farklı olarak seçtikleri bir ad ve cinsiyet kimlikleri olabilir. Ek olarak, örneğin serviksli erkek veya prostatlı kadınlarda olduğu gibi cinsiyete özel sağlık bilgileri, elektronik sağlık kaydı sistemlerinde özel dikkat gerektirir. Dünya Trans Sağlığı Profesyonel Birliği (WPATH), trans veya trans+/nonbinary'lerin bakımı için tanınmış standartları yayınlayan uluslararası multidisipliner bir kuruluş olup, translara yönelik çalışır. Buna göre, translar cinsiyet kimliklerini, doğumda kendilerine atanan cinsiyetten farklı olarak yaşarlar. 'Cinsiyet' genellikle kişinin fiziksel cinsiyet özelliklerine (örneğin, sakal, vücut yağ dağılımı, göğüsler) atıfta bulunurken, 'cinsiyet kimliği' kişinin kimliğini ve kendi imajını/ifadesini temsil eder. Cinsiyet uyum süreci, kişinin fiziksel cinsiyetini (hormonlar, ameliyatlar vb. yoluyla) kendi cinsiyet kimliğiyle uyumlaması süreci olarak düşünülebilir ve tüm transların tıbbi uyumlanma istemeyeceğini akılda tutmak gerekir. Herhangi bir kişi için, uyum, belirli bir "son noktaya" sahip olabilir veya olmayabilir ve bireye göre değişen sürekli bir akış ve keşif durumunu temsil edebilir. Bu tür bir süreç, hormon replasmanı, cerrahi tedavi veya bireysel ihtiyaç ve isteklere ve bu tür hizmetlere erişim yeteneğine bağlı olarak her ikisini de içerebilir. Uyum prosedürleri, kişiye göre meme veya göğüs cerrahisi, histerektomi, genital rekonstrüksiyon, tüyler için uygulama ve plastik rekonstrüksiyonu içerebilir.

Translar, devlet tarafından verilen belgelerde (örneğin pasaport, doğum belgesi, ehliyet veya sağlık sigortası poliçelerinde) yazılanlardan farklı isimlere ve/veya zamirlere sahip olabilir. Tıbbi bir ortamda tercih edilen ad ve zamir ile tanımlanmamanın, translar için hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini etkilediği bir gerçektir. Örneğin, kalabalık bir muayenehanede bekleme alanında kişilere sağlık görevlileri tarafından ölü isimleriyle ya da kullanmadıkları atanmış zamirlerle hitap edilebilir. Bu, hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkileyebilir ve hastaları bekleme alanındaki diğer hastalardan gelen sözlü ve hatta fiziksel taciz riskiyle karşı karşıya bırakabilir. Translara yönelik ayrımcılığa ilişkin yakın tarihli bir rapor, katılımcıların yaklaşık %28'inin klinik ortamında tacize uğradığını ve %2'sinin fiziksel istismara maruz kaldığını göstermiştir. Ayrıca, translar cinsiyet kimliğinin kabul veya saygı görmediğini hissederse, sağlık bakımından kaçınabilirler.

Yaşlanan ve yaşlı translar, sağlık sistemine atanmış/ölü isim ve cinsiyetleri ile kayıtlı olabilir, bununla birlikte, halen serviks, yumurtalık ve uterusu olanlar için, sağlık hizmeti sağlayıcıları, pelvik muayene bulgularına ve jinekolojik inceleme bulgularına (PAP smear) ihtiyaç duyabilir. Aynı şekilde, atanmış cinsiyeti erkek olan yaşlanan ve yaşlı translar, östrojen kullanıyor olabilir ve mamografiye ihtiyaç duyabilir. Cinsiyete özgü tıbbi geçmiş, muayene veya istem şablonlarıyla önceden doldurulmuş kayıtlar bu hastanın bakımlarının doğru ve verimli bir şekilde belgelemesini önleyecektir. Ek olarak, cinsiyete özgü prosedürler ve organlarla ilgili teşhisler birbirinden bağımsız olmalıdır, böylece (örnek olarak) atanmış cinsiyeti kadın olarak kayıtlı bir hastada prostat ultrasonu veya servikal pap smear istenebilir.

Görüldüğü gibi yaşlanan ve yaşlı translar söz konusu olduğunda doğru tıbbi bilgi edinebilmek için kayıtlardan daha önemli olarak transfobiden, ayrımcılıktan ve mikro saldırganlıktan arındırılmış bir hasta-hekim karşılaşmasına ihtiyaç vardır. Bu sağlık kuruluşunun olduğu kadar çalışanlarının da LGBTİ+'ların sağlığı konusunda bilgilendirilmiş olmasını da gerektiriyor. Sağlık çalışanları ve hekimler her hastayı heteroseksüel kabul etmemeliler, hatta yaşlı hastanın evlilik ve çocuk geçmişi olması, hastanın heteroseksüel olduğu yönündeki yargıyı pekiştirmemelidir (Deutsch, vd. 2013).

FRA – Avrupa Temel Haklar Birliği tarafından trans-spesifik mikrosaldırganlıkların bir sınıflamasını yayınlamıştır:

(1) transfobik veya cinsiyete dayalı yanlış terminoloji kullanmak; **(2)** evrensel bir translık deneyimi varsayımı; **(3)** egzotikleştirme; **(4)** trans deneyimin onaylanmaması; **(5)** toplumsal cinsiyet normatif ve ikili kültür veya davranışın onaylanması; **(6)** transfobinin varlığının reddi; **(7)** patoloji veya anormallik varsayımı; **(8)** fiziksel tehdit veya taciz; **(9)** bireysel transfobinin reddi; **(10)** bedensel mahremiyetin reddi; **(11)** tanıdık mikro saldırganlıklar; ve **(12)** sistemik ve çevresel mikro saldırganlıklar (Nadal, 2012). Terapötik bir bağlamda gerçekleştirilen mikro saldırganlıkların, tedaviyi bırakma ve terapötik süreçten ödün verme riskinin daha yüksek olduğu, sonuçlar açısından olumsuz bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Anzani, A.,2021).

Translar için tıbbi bakımın reddedilmesi veya ciddi bir şekilde sınırlı erişim, ister kapsamın açıkça reddedilmesiyle isterse de sağlık çalışanları arasındaki önyargı ve bilgi eksikliğiyle dolaylı olsun transların, hem kısa hem de uzun vadeli sağlık ve esenlikleri üzerinde zararlı etkilere sahip olabilir. Ayrıca, transların tıbbi ihtiyaçlarını kapsamlı bir şekilde ele almadaki başarısızlık, tıp mesleğinin değerli eşitlik ve saygı değerleriyle çelişmektedir.

Translar, özellikle düşük gelirli translarda, yetkin ve kapsamlı bakıma erişimde diğer cinsel azınlıklara göre daha yüksek ayrımcılık oranları bildirmiştir. Ankete katılanların %19'unun cinsel kimlikleri nedeniyle bir sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından sağlık hizmetinden mahrum bırakıldığı ve %28'inin tıbbi bir ortamda sözlü tacize uğradığı bulgulanmıştır. Ankete katılanların dörtte birinden fazlası (%28) ayrımcılık ve saygısızlık nedeniyle bakımı ve üçte biri (%33) koruyucu bakımı ertelemiştir. Ankete katılanların yüzde 19'u sigorta kapsamına sahip olmadıklarını bildirmiştir.

Trans topluluklar hakkında yaygın bilgi eksikliği ve çoğu tıp fakültesi müfredatında translara özgü sağlık sorunlarının bulunmaması dolayısıyla, bu nüfusun ihtiyaçları konusunda iyi bilgilendirilmiş ve uygun bakımı sağlayabilecek bir tıbbi işgücünü şekillendirmek için yapılması gereken çok şey var. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının bu konularda eğitilmesi çok önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının eğitimi, özellikle ilgili alanlardaki uzmanlarla birlikte (endokrinoloji, üroloji, kadın hastalıkları ve jinekoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi ve ayrıca acil tıp dahil) önem arz eder. Trans nüfustaki yüksek işsizlik oranları da sağlığın ve uygun sağlık hizmetinin sürdürülmesinin önündeki önemli bir engeldir (Stroumsa, 2014).

Bloemen vd, daha yaşlı trans klinik katılımcılarının, kliniğe gitmeden önce hormon tedavisine erişme olasılığının genç katılımcılara göre daha düşük olduğunu bulgulamıştır (örn. internet aracılığıyla). Yerleşik hormon protokolleri dahilinde kullanıldığında, özellikle sosyalleşmenin, kişilerarası sorunlar açısından ruh sağlığı üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğu, depresyon, kaygı ve cinsiyet hoşnutsuzluğunda azalmaya yardımcı olduğu konusunda yayınlar mevcuttur. Buna ek olarak, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile daha zayıf ilişkileri olan yaşlı transların, diğer yollardan hormon tedavisine erişimlerinin daha az olası olduğu göz önüne alındığında, ruh sağlığı sorunlarına yatkın olmaları beklenebilir (Kneale, 2021), (Radix, 2019).

7.1.ETİK BİLDİRGELER VE HEKİM SORUMLULUĞU

YOGYAKARTA İLKELERİ:

6-9 Kasım 2006 tarihinde Endonezya, Yogyakarta'daki Gadjah Mada Üniversitesi'nde yapılan bir uzman toplantısını takiben 25 ülkeden insan hakları hukukuyla ilgili farklı arka planlara ve tecrübelere sahip 29 saygın uzman, oybirliğiyle Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliğiyle İlişkili Olarak Uluslararası İnsan Hakları Hukukunun Uygulanmasına Dair Yogyakarta İlkeleri'ni kabul etmiştir. Yogyakarta İlkeleri çok geniş yelpazede insan hakları standartları ve bunların cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği konularındaki uygulamalarını ortaya koymaktadır.

Yogyakarta İlkeleri, tüm Devletler'in uyması gereken uluslararası bağlayıcı hukuki standartları teyit etmektedir.

İLKE 1: EVRENSEL İNSAN HAKLARINDAN YARARLANMA HAKKI Tüm insanlar eşit doğar, onurları ve hakları eşittir. Cinsel yönelimleri ve cinsiyet kimlikleri ne olursa olsun tüm insanların insan haklarından tam olarak yararlanma hakkı mevcuttur.

İLKE 2: EŞİTLİK VE AYRIMCILIĞA UĞRAMAMA HAKKI Herkesin cinsel yönelim veya cinsiyet kimliği esaslı ayrımcılığa tabi olmaksızın tüm insan haklarından yararlanma hakkı mevcuttur. Herkes yasalar önünde eşittir ve başka bir insan hakkının kullanılmasının etkilenip etkilenmeyeceğine bakılmaksızın hiçbir ayrımcılık yapılmadan yasalar tarafından eşit şekilde korunacaktır.

E. Cinsel yönelim veya cinsiyet kimliği esaslı ayrımcılığa verilen yanıtlarda böylesi ayrımcılığın diğer ayrımcılık türleriyle kesişebileceği şekilleri dikkate alacaktır;

İLKE 3: KANUN ÖNÜNDE TANINMA HAKKI Herkesin her yerde kanun önünde bir birey olarak tanınma hakkı mevcuttur. Farklı cinsel yönelimlerden ve cinsiyet kimliklerinden kişiler yaşamın her yönünde hukuki ehliyete sahiptir. Her kişinin kendi tanımladığı cinsel yönelimi ve cinsiyet kimliği kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır ve kendi kaderini tayin, onur ve özgürlüğün en temel yanlarından bir tanesidir. Kimse cinsiyet değiştirme operasyonu, kısırlaştırma ve hormon terapisi de dahil olmak üzere cinsiyet kimliğinin tanınması amacıyla hiçbir tıbbi prosedüre tabi tutulmaya zorlanamaz.

İLKE 5: KİŞİNİN GÜVENLİK HAKKI Cinsel yönelimine veya cinsiyet kimliğine bakılmaksızın herkesin güvenlik hakkı mevcuttur ve ister hükümet yetkililerinden ister bir kişi veya gruptan kaynaklansın herkes şiddete veya fiziksel yaralanmalara karşı Devlet'in koruması altındadır.

İLKE 6: MAHREMİYET HAKKI Cinsel yönelimi veya cinsiyet kimliği ne olursa olsun herkesin keyfi veya yasa dışı müdahaleler olmaksızın aile içi, ev içi veya iletişim ile ilgili mahremiyet hakkı, ayrıca onur ve itibarına yönelik yasa dışı saldırılara karşı korunma hakkı mevcuttur. Mahremiyet hakkı genellikle kişinin cinsel yönelimine veya cinsiyet kimliğine, ayrıca hem kişinin kendi bedenine hem de başkalarıyla girdiği rızaya dayalı diğer ilişkilere dair kararları ve seçimleriyle ilişkili bilgi açıklama veya açıklamama seçimini içerir.

İLKE 17: EN YÜKSEK SAĞLIK STANDARTINA ERİŞEBİLME HAKKI Cinsel yönelim veya cinsiyet kimliğine dayalı ayrımcılık gözetilmeksizin herkesin ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık standardına sahip olma hakkı vardır. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı, bu hakkın önemli bir unsurudur.

Devletler;

A. Cinsel yönelim veya cinsiyet kimliğine dayalı ayrımcılık gözetilmeksizin, herkesin ulaşılabilir en yüksek sağlık hakkını kullanması için gerekli tüm yasal, idari ve diğer önlemleri alacaktır;

B. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve sağlık raporları da dahil olmak üzere, herkesin sağlık hizmetleri tesislerine, ürün ve hizmetlerine erişim haklarını cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine dayalı ayrımcılık gözetilmeksizin sağlamak üzere gerekli tüm yasal, idari ve diğer önlemleri alacaktır;

C. Sağlık tesisleri, ürünleri ve hizmetlerinin; cinsel yönelim veya cinsiyet kimliğine dayalı ayrımcılık gözetilmeksizin ve bunlar dikkate alınarak, herkesin sağlık durumunun iyileştirilmesi ve ihtiyaçlarına cevap vermesi amacıyla düzenlenmesini ve bu bağlamdaki sağlık raporlarının gizlilik içerisinde muamele görmesini sağlayacaktır;

D. Cinsel yönelim veya cinsiyet kimliğinden dolayı kişilerin sağlıklarına zarar veren ayrımcılık, önyargı ve diğer toplumsal unsurların üzerinde durmak amacıyla programlar geliştirecek ve uygulayacaktır; E. Herkesin tıbbi tedavi ve bakım konusunda kendi kararlarını vermesi için, gerçekten bilgilendirilmiş rıza temelinde ve cinsel yönelim veya cinsiyet kimliğine dayalı ayrımcılık gözetilmeksizin bilgilendirilmesini ve güçlendirilmesini sağlayacaktır;

F. Tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı, eğitim, önleme, bakım ve tedavi programlarının ve hizmetlerinin cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerinin farklılığına saygılı olmasını ve ayrımcılık gözetilmeksizin herkes için eşit olarak ulaşılabilir olmasını sağlayacaktır;

G. Cinsiyet geçişi ile ilgili bedensel değişiklikler isteyenlerin yetkin ve ayrımcılık gözetmeyen tedaviye, bakıma ve desteğe ulaşmalarını kolaylaştıracaktır;

H. Sağlık hizmetleri sağlayıcılarının, yakın akraba olarak kabul etme de dahil olmak üzere cinsel yönelim veya cinsiyet kimliğine dayalı olarak hastalara ve bu kişilerin eşlerine karşı ayrımcılık gözetmemesini sağlayacaktır;

I. Sağlık hizmetleri sektöründe çalışanların, cinsel yönelimlere ve cinsiyet kimliklerine tam olarak saygı duyarak herkese ulaşılabilir en yüksek sağlık standardını sunmalarını sağlamak için gerekli olan politikalar ve eğitim ve öğretim programlarını uygulayacaktır.

İLKE 18: TIBBİ İSTİSMARDAN KORUNMA HAKKI Hiç kimse, cinsel yönelime veya cinsiyet kimliğine dayalı olarak herhangi bir tür tıbbi veya psikolojik tedavi görmeye, prosedüre, teste zorlanamaz ya da tıbbi bir merkeze kapatılamaz. Aksine ilişkin herhangi bir sınıflandırma olsa bile kişinin cinsel yönelimi ve cinsiyet kimliği, olduğu şekildedir, tıbbi bir durum değildir ve tedavi edilecek, iyileştirilecek veya bastırılacak bir durum teşkil etmez.

8.YAŞLI İSTİSMARI

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlı istismarı güven beklentisinin olduğu ilişki içinde gerçekleşen, bir yaşlının zarar görmesine veya sıkıntıya girmesine yol açan, tekil ya da tekrarlayan eylem ya da uygun davranışta eksikliklerdir. Bu fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik istismarı, terk etmeyi, ve ihmali, ciddi onur ve saygınlık yitimini içerir. Yaşlı istismarını diğer yabancılar tarafından işlenen suçlardan ayıran temel ölçüt; istismarın mevcut güven ve beklentileri içeren ilişki zemininde mağdur ve ihanete uğramış olma hissidir.

Yaşlı istismarı: fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik istismar, ihmal, izolasyon, terk etme, kendini ihmal olarak sınıflanır. Kendini ihmal, bir istismarcı olmaması ile diğerlerinden ayrılır. Yaşlı bireylerin, yaşlılığın doğası gereği yavaş karar vermelerini fırsat bilerek hemen yeterliliğin olmadığına hükmetmek, karar yetkisini başka birey ya da kurumlara devretmek de istismar olarak kabul edilmelidir. Bazı çalışmalarda istismara uğrayan ile ilgili risk faktörleri arasında kadın olmak, kronik hastalıklar, ekonomik düzeyin yüksek ya da düşük olması sayılabilir (Önder, 2020).

Yaşlı istismarı, yaşlı bir yetişkinin aile üyesi, arkadaş, önemli bir kişi veya bakıcı gibi güvenilen bir kişi tarafından sözlü, fiziksel, cinsel veya mali istismarı olarak tanımlanabildiği gibi, istismar sağlık hizmet sunucuları ve polis gibi kamusal hizmetler sırasında da olabilir (Bloemen, 2019). Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ların yaşamları boyunca CYCK temelli ayrımcılığa uğramaları nedeniyle daha düşük gelirlere sahip olma, bu ayrımcılık nedeniyle emeklilik ve sağlık planlarından geleneksel eş desteği alma olasılıkları daha düşüktür ve düşük bütçeli sosyal hizmet programlarına daha fazla bağımlı olma olasılıkları daha yüksektir. (Bloemen, 2019), (Seelman, 2019).

Yaşlı istismarı, ihmali ve sömürsü yaygındır ve ciddi tıbbi, sosyal ve mali sonuçları vardır. Yaşlı yetişkinlerle yapılan anketlerde, her yıl %5-10'unun fiziksel, cinsel, duygusal/psikolojik ve finansal istismar veya ihmal dahil olmak üzere kötü muameleye maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Mevcut sınırlı literatüre göre, 60 yaş üstü LGBTİ+ yetişkinlerin %22,1'i bir bakıcı tarafından zarar gördüğünü, incitildiğini veya ihmal edildiğini, %25.7'si kötü muamele gören birini tanıdığını bildirmiştir, ve %60'tan fazlası psikolojik istismara maruz kalmıştır. Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ların ayrımcılık, cinsel ve yakın partner şiddeti yaşama ve HIV'le enfekte olma olasılıkları daha yüksektir. Bunların her biri, onları sağlık durumları bozuldukça, eşleri ve sevdikleri öldükçe sonraki yaşamlarında kötü muamele için daha yüksek bir risk altına sokabiliyor. Çalışmaya katılanlar, sağlık hizmeti sağlayıcılarından, özellikle LGBTİ+ kimliklerinin açık olup olmaması konusunda rahatsızlık duyduklarını ve bunun tıbbi bakımlarını etkilemesinden endişe duyduklarını bildirdiler. Bu, özellikle istismar CYCK ile ilgiliyse, istismarı bildirmelerini büyük ölçüde etkileyen bir faktördür (Bloemen, 2019). Üç bakım evinde yaşlı LGBTİ+'lar arasında yapılan bir odak grup görüşmesinde katılımcılar istismarı şöyle tanımlamışlar;

"yaşlı istismarı... tıbbi, fiziksel, zihinsel veya sosyal olabilen kasıtlı bir eylemdir, ... bir bakıcı veya bir kişi veya ilişkide olunan kişiler tarafından... 60 yaş üstü bir kişiye zarar veren bir eylemde bulunma"

"Doktoruma gittiğimde kim olduğum hakkında konuşmaktan ve yardım istemekten korkuyorum ve bu benim ihtiyacım olan bakımı almama engel oluyor. Ve benim için bu bir tür suistimal... Hak ettiğim doğru tıbbi bakımı alamayacağım. "

"Savaşmamız gereken birden fazla şey var. CYCK ayrımcılığı ve... o zaman yaşlı olmanın çifte riskine sahipsin."

"Annem bir huzurevindeydi, 95 yaşında, dizinde korkunç bir sorun vardı. Dışarı çıktım ve koridorda bir doktor buldum... anneme 'Tamam, sorun ne?' dedi. 'Sol dizim çok ağrıyor' diyor, bu yüzden doktor ona hiçbir şey vermedi... 'Bu yaşta ne istiyorsun? 95 yaşındasın.'"

Ev içi şiddet, görüşmeye katılan LGBTİ+ 'ların temel kaygısıdır ve birçoğu bunun, sevdikleri yaşlandıkça değişen roller ve artan bakım yükünden kaynaklandığını düşünürken, diğerleri bu tür istismarın etiolojisinde ruh sağlığı sorunlarının büyük rol oynadığını bildirmiştir. Birçoğu, LGBTİ+ topluluğu içinde ev içi şiddet döngülerinin var olduğunu ve belki de LGBTİ+ kimlikleri ve onu çevreleyen damgalamanın yaş ile CYCK kesişmesinin riski nasıl artırabileceğini vurgulayarak daha da şiddetlendirdiğini ifade ediyor. Bu kesişimin, istismar olasılığını arttırdığı gibi, bunu bildirme olasılığını da azalttığı ifade ediliyor (Bloemen, 2019).

Yaşlı LGBTİ+'lar arasındaki yaşlı istismarını bildirmenin önündeki engeller de LGBTİ+ olmayan genel nüfusa benziyor ve şunları içeriyor: barınma veya bakım seçeneklerinin olmaması; utanç, inkâr ve suçluluk. Yaşlılara yönelik kötü muamele konusundaki araştırmalar son yıllarda genişlemiş olsa da, azınlık popülasyonlarının istismarı nasıl deneyimlediğini ve hizmetlere nasıl eriştiğini daha iyi anlamaya büyük ihtiyaç var. Yaşlı LGBTİ+'ların benzersiz deneyimleri hakkında çok az şey biliniyor (Bloemen, 2019). Yaşlı istismarının önlenmesi konusunda bakım veren sağlık çalışanlarının yapabilecekleri en önemli ve ilk katkı, yaşlı yetişkinlerle yalnız görüşme, ev yaşamları hakkında soru sormakta ısrarcı olma, yaşlı yetişkinlerin beyanlarına inanma, yaşlı istismarı konusunda risk oluşturabilecek durumları fark etme, tanımlama ve bunların giderilmesi için önleyici girişimlerde bulunma ve bulunulmasını sağlama olmalıdır (Bloemen, 2019).

8.1. DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN YAŞLI İSTİSMARI ÜZERİNE HONG KONG BİLDİRİSİ

Hong Kong 41. DTB Genel Kurulu'nda benimsenmiş ve Mayıs 1990, Kudüs, İsrail 126. Konsey Oturumu'nda ve Mayıs 2005, Divonne-les-Bains, Fransa 170. Konsey Oturumu'nda gözden geçirilmiştir: Yaşlı istismarı konusu hem tıbbi hem de sosyal kurumlar tarafından giderek daha çok kabul görmeye başlanmıştır. Yaşlı istismarını ve ihmali önlemekteki ilk adım, hekimler ve diğer sağlık uzmanları arasındaki bilinç ve bilgi düzeylerini arttırmaktır.

Genel İlkeler:

1. Yaşlılar da ilgi görmek, mutlu olmak ve saygı görmek için diğer insanlarla aynı haklara sahiptir.
 2. Hekimler, yaşlı hastaların fiziksel ve psikolojik olarak zarar görmelerini önlemeye yardım etme sorumluluğuna sahiptir.
 3. Doğrudan yaşlı bir insana, huzur evine ya da aileye danışılmış olsun ya da olmasın, doktorlar hastanın mümkün olan en iyi bakımı aldığını görmelidir.
 4. Eğer hekimler, bu tümcede tanımlandığı gibi yetersiz bakımdan eminse ya da kuşkuluyorsa, durumu huzurevi ya da aileyle olsun, ilgili kişilerle görüşmelidir. Eğer yetersiz bakım doğrulanırsa ya da ölüm kuşkulu görülürse, doktorlar bulguları ilgili yetkililere rapor etmelidir.
 5. Her ortamda yaşlıların korunmasını garanti etmek için, bir doktorun özgür kararı hakkında hiçbir kısıtlama olmamalıdır. Ulusal tabip birliği bu tarz özgür bir kararın sosyomedikal sistem içinde korunmasını kesinleştirmek için çaba göstermelidir.
- DTB ayrıca yaşlıların tedavisinde görev alan hekimlere aşağıdakileri önermekte ve bütün ulusal tabip birliklerini bu bildiriye, üyelerine ve halka iletmeye özendirilmektedir (TTB, 2009).

Öneriler:

Yaşlıların tedavisinde görev alan hekimler:

- Yaşlı hastaları gerektiğinde sağlık hizmeti istemeleri için özendirmek ve bir doktora giderken rahat ve konforlu olmalarını sağlamak amacıyla, bir güven ortamı kurmak için daha fazla çaba göstermelidir;
- Hata ve / veya ihmalden kaynaklanan yaralanmalar için tıbbi değerlendirme ve tedavi sağlanmalıdır;
- Hastanın gizliliğini mümkün olan en geniş ölçüde korurken, aile ile tedaviye dayalı bir dostluk kurmaya ve sürdürmeye çalışmalıdır (genellikle doktor, hasta ve aile ile uzun dönemli bağlantıyı sürdüren tek uzmandır);
- Bölgesel mevzuat gereğince, bütün yaşlı istismarı ve / veya ihmali kuşkulu durumları rapor etmelidir;
- Mümkün oldukça tıbbi, hizmet, ruh sağlığı ve yasal uzmanlardan oluşan çok disiplinli bir takımdan hizmet alma, yararlanma sağlanmalıdır ve
- Evde verilen hizmetler, tatil bakımı ve yüksek risk altındaki ailelerle stres azaltımı sağlayan destekleyici toplum kaynaklarının geliştirilmesini ve bunlardan yararlanılmasını özendirilmelidir (TTB, 2009).

9.MAHREMİYET HAKKI

Mahremiyet kişinin sosyal ilişkilerini kişi yararına belirleyen bir kavramken, yaşlılıkta mahremiyetin sınırları yaşlı aleyhine bozulmaktadır. Gizlilik sadece belli bir şeyi saklamak iken mahremiyet kişinin varlığı ile beraber olan, özdenetimi ve özerkliğini koruma çabasıdır. Mahremiyet hakkı, kişilerin kendileri hakkında açıklamak istemedikleri bilgiyi saklama hakkıdır. Gizlilik, mahremiyet ve özerklik iç içedir. Yaşlılığın cinsiyetsiz, güçsüz, özerkliğini, yeterlik ve yetkinliğini kaybetmiş kişiler olarak algılanması mahremiyet ihlaline neden olabilmektedir (Ünsal, 2020).

Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lar açısından onurlu yaşlanmanın önemli bileşenlerinden biri olan özerklik ve mahremiyet; homofobi, transfobi gibi nedenlerle de kolayca ihlal edilebilmektedir (Patrick, 2012).

Yaşlıların isteklerinin önemszenmemesi, cinsiyetsiz kabul edilmeleri ve özerkliklerine yeterince saygı duyulmaması nedeniyle, fiziksel, bedensel mahremiyetleri kolayca ihlal edilebilmekte, hastanın sağlık bilgileri üçüncü kişilerle ya da aile bireyleriyle paylaşılabilir. Bilgi mahremiyetinin sağlanması çerçevesindeki prensip; yaşlı hastanın önceden yetkilendirme bildirimini, başka araçlarla açıklamış olduğu bir isteği veya yasal olarak bilginin paylaşılmasını gerektiren bir durum olmadığında hastanın tıbbi bilgisinin üçüncü kişiler ya da ailesiyle paylaşmaması gerektirir (Ünsal, 2020).

9.1. ETİK KURALLAR VE HEKİM SORUMLULUĞU

MAHREMİYET HAKKININ KORUNMASINA İLİŞKİN BİLDİRGE 4-5 Nisan 2008 tarihlerinde "TTB Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda geliştirilmiş, 20 Haziran 2009 tarihinde "TTB II. Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda güncellenmiş, 26 Haziran 2009 tarihinde TTB 58. Büyük Kongre'sinde kabul edilmiştir. 15-16 Aralık 2018 tarihinde Ankara'da düzenlenen "TTB III. Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda yeniden gözden geçirme çalışmaları başlamış ve 24 Kasım 2019 tarihinde TTB Olağanüstü 71. Büyük Kongre'sinde kabul edilmiştir.

Mahremiyet; özel yaşam, beden, mülkiyet, cinsellik gibi birçok kavramla doğrudan ilişkili olmakla birlikte, sadece gizlenecek şeyi değil kişinin özerkliğinin korunmasını da içerir. Kimliği belirli veya belirlenebilir kişiye ait her türlü bilgi "kişisel veri" olarak tanımlanırken kişinin sağlığı ve kişiye sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili veriler ise "özel nitelikli kişisel veri" olarak kabul edilir ve bunların özel olarak korunması gerekliliği vurgulanır.

- Hekimler, sağlık hizmeti alan kişilerin mahremiyet hakkına saygı duyarlar ve bu hakkın korunmasının gerekliliğinin ve bu konudaki sorumluluklarının farkındadırlar. Mahremiyet hakkından yararlanma istisnasız her kişi için bir hak olarak kabul edilir. Hastanın yaş cinsiyet, cinsel yönelim, etnik köken, dil, dinsel inanç, felsefi görüş, toplumsal konum gibi kişisel özellikleri mahremiyet hakkından yararlanmasını engellemez.
- Hekimler, hastalarının kendisine verdiği ve hastalarına dair elde ettiği her türlü bilgiyi mesleki sır kapsamında değerlendirmeli ve bu bilgileri açıklamamalıdır.
- Hekimler, kişilerin kendilerine ait sağlık verilerine erişim ve bilgilerin düzeltilmesini ve silinmesini isteme hakkı olduğunu kabul eder.
- Hekimler, kişilerin kendilerine ait sağlık verilerinin paylaşılması ile ilgili verdiği onamı her zaman geri alabileceğini ve bu durumun kişinin sağlık hizmetlerine erişimini engellememesi gerektiğini kabul eder.
- Hekimler, mesleğin sır saklama yükümlülüğünün, hastanın yaşamını yitirmesi ya da hasta hekim ilişkisinin sona ermesi durumunda da devam ettiğini kabul eder.
- Hekimler, hukuki sorumluluklar ile etik yükümlülüklerin çatıştığı durumda etik yükümlülüklere uygun davranmalıdır.
- Sağlık kurumu yöneticileri hastanın mahremiyetini koruyacak sağlık ortamını sağlamalı; bunun sağlanmadığı durumlarda hekimler gerekli koşulların sağlanmasını talep etmelidir.

10.ÖZERKLİĞE SAYGI

Yaşlı insanların onuru, özsaygı, sosyal kabul, bağımsızlık ve mahremiyeti içeren çok boyutlu bir yapıdır. Bireylerin insan onuruna yaraşır bir hayat sürmelerinin temel koşullarından birisi kişinin kendi istek ve kararları doğrultusunda yaşayabilmesidir (Patrick, 2012).

Oysa yaşlanan bireylerin çocuklaştıklarına dair genel kanaat, yaşlı bireylerin özerkliği ve kendilerine dair kararları almaları ve uygulamaları üzerinde olumsuz etkide bulunur. Araştırmalar yaşlı bireylerin özerkliğinin sağlanmasının, onların sadece mutluluğunu değil, genel sağlığı, hatta yaşam süreleri üzerinde de olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Choi, 2006), (Gül, 2018).

Resmi bakım ortamlarında öngörülen ve deneyimlenen heteronormativite, yaşlı LGBTİ+'ların kimliğine yönelik bir tehdit olarak görülür. Bu, bakım personelinin LGBTİ+'ları kabul etmeyi veya doğru sınıflandırmayı reddetmesi, ilişkilerin gizlenmesine, bakım ortamlarının yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ların cinselliklerini ifade etmelerine veya örneğin eşlerinin fotoğraflarını göstererek ilişkilerinden bahsetmelerine izin vermeyeceği kaygısına yol açar. Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lar resmi bir bakım tesisine girmenin kişinin açık kimliğinin kapanmaya yol açarcasına 'tersine çevrilmesine', ayrımcılığa ve sosyal dışlanmaya yol açabileceği ihtimaline ilişkin endişelerini dile getirmekteler. Bu çalışmalar, genellikle yaşlanmayla ilişkilendirilen özerklik kaybının, yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lar üzerinde orantısız bir şekilde olumsuz bir etkisi olduğunu, kişileri özerklik kaybı açısından savunmasız bir pozisyonda tutabileceğini vurgular (Ekmekçi, 2017), (Kneale, 2021).

Yasal mevzuat ve uygulamalarda aile merkezli yaklaşım söz konusudur. Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lara bakıcı olarak hizmet edecek, sağlık sisteminde rehberlik edecek ve son aşamalarda karar vermede onları destekleyecek partner ve akrabalarının olması, çoğu akranlarına göre daha az olasıdır. Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ların destek ağları, özellikle vekaletname verilmemişse, partner ve akrabaların aksine, yaşamın ilerleyen dönemlerinde karar vermeyi daha da karmaşık hale getirebilecek, genellikle komşulardan veya yakın arkadaşlardan (yani seçilmiş aileden) oluşur. Bugüne kadar, mevcut veriler, yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lar ve bakıcılarının, yaşamın sonraki aşamalarında sağlık hizmetleri ve karar verme konusunda benzersiz zorluklarla karşı karşıya olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (Stinchcombe, 2017). Atanmış aile haricinde acil durum kişilerini seçme hakkı tanınmalıdır. Bu partner olabildiği gibi, seçilmiş arkadaş da olabilmelidir (American Geriatrics Society,2015).

10.1.TIBBİ ETİK AÇISINDAN ÖZERKLİK

Biyomedikal etiğin dört ilkesinden birisi özerkliğe saygı ilkesidir. İlkenin pratikteki uygulaması ise aydınlatılmış onamdır. Bilgilendirilmiş ve kararlarını gönüllü biçimde vermiş bireylerin yapılacak işlemler açısından hekimi yetkilendirme sürecidir (Demir, 2020). Aydınlatılmış onamın 5 unsuru vardır:

1) Karar verme yeterliliği:

Mental kapasiteyi etkileyecek durumlar, duyuşal bozulmalar mümkünse düzeltilmelidir.

Hastaya önerilen kararlar ilgili bilgi verilmelidir. Herkes aksi kanıtlanana kadar mental olarak yeterli kabul edilmelidir.

2) **Gönüllülük:** Bilgi manipüle edilmeden gizlenmeden aktarılmalıdır. Bireyin etki altında kalmadan, özgür iradesiyle davranması sağlanmalıdır.

3) **Bilgi içeriği :** Verilecek bilgi konu ile ilgili ve kişiye özelleştirilmiş olmalı, bilginin veriliş biçimi hastanın değerleri, inançları, korkuları, kültürel farkları ve eğitimi ile uyumlu olmalıdır. Hasta hakları yönetmeliğine göre hastaya verilmesi gereken asgari bilgi şu şekildedir:

Hastaya:

- a) hastalığın muhtemel nedenleri ve nasıl seyredeceği,
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi
- c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği yarar ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri
- d) muhtemel komplikasyonları
- e) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler
- f) kullanılacak ilaçların önemli özellikleri
- g) gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği hakkında bilgi verilir. Kişinin kendisinin bilgilendirilmesi esastır ve bu süreçte mahremiyete özen gösterilmelidir.

4) Bilginin anlaşılması: Yaşlı bireylerin bilgiyi anladığından emin olunmalıdır.

5) Onam: hastanın verdiği karar, sağlık çalışanının öngördüğü karar olmak zorunda değildir. Hasta tanı ve tedavi sürecine hiç girmemeyi de seçebilir.

Hasta Hakları Yönetmeliğine göre; “kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Böyle durumlarda tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya, kanuni temsilcilerine veya yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekmektedir (Demir, 2020).

ETİK KURALLAR ve HEKİM SORUMLULUĞU;

AYDINLATILMIŞ ONAM BİLDİRGESİ 4-5 Nisan 2008 tarihlerinde “TTB Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda geliştirilmiş, 20 Haziran 2009 tarihinde “TTB II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiş, 26 Haziran 2009 tarihinde TTB 58. Büyük Kongre’sinde kabul edilmiştir.

Aydınlatılmış onam; karar verme yeterliğine sahip bir bireyin, kendisine uygulanacak tanı, tedavi yöntemleri ve diğer uygulamalar konusundaki tüm seçenekleri, bu yöntemlerin olası olumlu ya da olumsuz sonuçlarına ilişkin bilgileri aldıktan ve anladıktan sonra, yapılacak işlemlere izin verme, kabul etme sürecidir.

- Aydınlatma süreci hastanın yaşına, kültürel, toplumsal ve ruhsal durumu gibi koşullara özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır.
 - Kendisi dışında bilgilendirilecek kişileri hasta belirlemelidir.
- Çocuklarda ve karar verme yeterliği olmayan hastalarda yasal temsilcisinin onamı alınmalıdır. Bununla birlikte, çocuk ve karar verme yeterliği olmayan hasta elden geldiğince aydınlatılmalı ve olabilecek en geniş ölçüde karar alma sürecine dahil edilmelidir (TTB, 2020).

11.ONURLA YAŞLANMAK; SAYGI VE EŞİTLİK İÇİNDE YAŞAMAK

Olumsuzluk yanlılığı veya olumlu olumsuz asimetrisi, olumsuz deneyimlerin olumlu deneyimlerden daha belirgin, güçlü ve baskın olduğu gözlemdir. Bu kavram, “bir kaşık katran bir fıçı balı bozabilir ama bir kaşık bal bir fıçı katran için hiçbir şey yapmaz” şeklindeki özdeyişle çok iyi ifade edilir. Negatif bilgi, bilişsel olarak tekrar tekrar ve daha uzun bir süre boyunca işlenir ve geçmiş veya sonraki olumlu bilgiler yoluyla onaylanmaya karşı daha dirençli nihai bir izlenime katkıda bulunur. Olumsuz deneyimler genellikle başkalarıyla paylaşılır ve olumsuz bilgi ve deneyimlerin erişimini ve dayanıklılığını artırır. Bununla birlikte, çok sayıda ampirik kanıt, diğer şeylerin yanı sıra, yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği hakkında bir ömür boyu sosyal ve kültürel tutumlara maruz kalmamız nedeniyle hepimizin bilinçsiz önyargıya eğilimli olduğunu göstermektedir. Kanıtlar ayrıca, bilinçsiz önyargının, düşük önyargılı, iyi niyetli ve eşitlikçi bireylerin bile yargılarını etkileyen klişeleri harekete geçirdiğini göstermektedir.

Düşük düzeyde önyargılı bireylerin açık önyargılarını fark etme ve kontrol etme olasılığı daha yüksek olsa da, örtük önyargılar hala sözsüz iletişim (örneğin göz teması yokluğu ve konuşma hataları) ve kaçınma davranışları (zamanı sınırlama) yoluyla “sızma” eğilimindedir. El sıkışmamak, yüzünü çevirmek, bir hastanın yaşam partnerini görmezden gelirken yetişkin çocuklarıyla doğrudan iletişim kurmak, huzursuzluğu ya da açık bir hoşnutsuzluğu hatta mikrosaldırğanlığı ifade eder (Foglia, 2014).

Heteroseksizm içselleştirildiğinde, klinisyenler (ve sağlık ekibinin diğer üyeleri) LGBTİ+ karşıtı klişe ve tutumlarla davranabilir. Bilinçsiz stereotipleştirme, örneğin trans hastanın bakımının reddedilmesi veya bir hastanenin, LGBTİ+'ların partnerlerinin yoğun bakım ünitesinde hastaya refakatçi olmasına izin verilmemesi veya bunun reddedilmesi gibi mağduriyet ve ayrımcılık eylemlerinde kendini gösterebilir.

Cinsel yönelimin veya cinsiyet kimliğinin söylenememesi, yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lar için ciddi bir tıbbi sorunun teşhis edilmesini geciktirme gibi olumsuz sağlık sonuçları doğurabilir. Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ların sağlık sistemine yönelik antipatisi, bakıma erişim korkusu ve hassas bilgileri açıkça söylemenin zorluğu ile ilgili bulgular, klinik karşılaşma sırasında ortak karar vermeyi zorlaştıracak ve dolayısıyla Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'ların sağlık eşitsizliklerinin sürdürülmesine katkıda bulunacağını göstermektedir. Paylaşımlı karar verme süreci, hastanın kabul edebileceği bir bakım planı geliştirmek için kişinin kendi değerlerini, tercihlerini ve kendisiyle ilgili özel ayrıntıları doktorlarıyla açıkça tartışmaya istekli olduğunu varsayar. Bu, hasta özerkliğinin teminatıdır. Hasta ve sağlayıcı arasındaki ilişki, güven ve klinisyenin (ve kurumun) yardımseverliğine olan inançla kurulmalıdır - özellikle de marjinalleştirilmiş/ ötekileştirilmiş hastalar klinik karşılaşmada kazanacaklarından çok kaybedeceklerine karşı daha duyarlı olabildikleri için.- Bu bağlamda güven, “bir başkasının niyetleri veya davranışlarıyla ilgili olumlu beklentilere dayalı olarak savunmasızlığı kabul etme niyetini içeren psikolojik bir durum” olarak tanımlanabilir (Foglia, 2014). Sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinde bireysel olarak sağlık çalışanlarının hastalara ayrımcılık ve damgalama olmaksızın güven sağlayarak yaklaşımları çok önemlidir. Ancak olumlu klinik etkileşimlerinin yanında ve ötesinde hak savunuculuğu rolünü üstlenmelerinin de büyük etkisi vardır (Başar, 2020).

Sağlık çalışanları ve hekimler, politika geliştirme yoluyla da kuruluşların kültürünü şekillendirmede de rol oynayabilir. Günümüzde kamuoyunun görüşleri üzerinde belirgin etkisi olan bilim kurumları ve bilimsel zeminde uygulanan tıp uygulamalarının temsilcilerinin cinsel kimlikle ilgili çeşitlilik konusunda güncel bilimsel bilgiyi yaygınlaştırmakla ilgili bir sorumlulukları bulunuyor. Hak savunuculuğu olarak değerlendirilecek girişimler, diğer kurum ve kuruluşlarla ilişki kurmak, damgalama ve ayrımcılığın sağlık üzerindeki etkileri konusunda bilgilendirici çalışmalar yapmak, farkındalık gelişmesi için çaba harcamak yolu ile de sürdürülebilir (Başar, 2020).

Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'lara yüksek kalitede sağlık hizmeti sağlamak, ayrımcılığın olmadığı bir ortam yaratmak, kuruluşların, kurumların, savunma gruplarının ve sağlık çalışanlarının aktif adımlarını gerektirecektir.(ESDC,2021), (SPoD,2017), (Meyer, 2003), (Öz, 2021).

- Sağlık kuruluşları, yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+'larda yaş farkı gözetmeksizin eşit muameleyi gerektiren politikaların oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesi için adımlar atmalı ve bu politikaları personel, hasta ve ailelerin kullanımına sunmalıdır.
- Kurumlar, gerçekleştirdikleri/ gerçekleştirecekleri eğitimlerde LGBTİ+ örgütlerle birlikte çalışmalı, bu popülasyonlara özgü ihtiyaçları ve sorunları araştırmalıdır.
- Cinsel yönelim, cinsiyet kimliği ve cinsiyet ifadesi konusunda ve ırk, medeni durum, yaş, sosyoekonomik statü, din, engellilik ve göçmenlik gibi diğer tüm ayrımcılık konularında hasta ayrımcılığı hoş görülmemeli ve yapılmamalıdır.
- Yasal veya atanmış cinsiyetine bakılmaksızın transların tercih ettikleri ad ve cinsiyet kimlikleri tanınmalıdır.

-
- Bir kişiye nasıl hitap edeceğinizden emin değilseniz o kişinin sizi yönlendirmesine izin verin. “Tercih ettiğiniz tanım ve kişi zamirini doğru mu kullanıyorum?”, “Kendinizi nasıl tanımlıyorsunuz?” diye sormaktan çekinmeyin.
 - Sağlık kuruluşlarının, yaşlı yetişkinlere bakan sağlık hizmeti sağlayıcılarına yönelik eğitimi, yaşlı LGBTİ+ yetişkin nüfusa odaklanan sağlık sorunları, ayrımcılığın sağlık hizmeti sunumu üzerindeki etkisi, LGBTİ+’ların sosyal koşulları ve sosyal tarihi arasındaki ilişkiye odaklanan eğitimi içermelidir.
 - Sağlık çalışanları cinsiyet kimliği, ilişki durumu ve cinsel davranış ve sağlık durumu ve sağlık hizmetleri arasındaki ilişki konusunda bilgilendirilmelidir.
 - Sağlık kuruluşları ve çalışanları, Yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+’lara yönelik bakımın LGBTİ+’ların ihtiyaçlarına yönelik sağlık ve sosyal koşullarını tanımasını ve içermesini sağlamalıdır.
 - Sağlıkla ilgili karar verme ve bakım vermede partnerin veya diğer seçilmiş ailenin rolünün ve kendisine bu kişileri temsilci seçme hakkının dikkate alınması önemlidir. Bir sağlık görevlisi, faydalanıcının kimleri ailesi olarak gördüğünü bilirse, karar verme sürecine hangi kişilerin dahil edileceğini ve en iyi şekilde süreçlerini nasıl onurlandırılacağını bilmesi çok daha kolay hale gelir.
 - Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık görevlileri de dahil olmak üzere her tür sağlık çalışanının eğitimi sağlanmalı, yaşam koşullarında (örneğin, yardımcı yaşam tesisleri ve bakım evleri, hastaneler) yaşlı LGBTİ+’lara saygı kültürü oluşturulmalıdır.
 - Bir sağlık hizmeti temsilcisi seçmek bu nedenle iyi tıbbi bakımın önemli bir parçasıdır ve bireyin tercih ettiği vekil biyolojik veya yasal bir akraba değilse özellikle önemlidir. Klinisyenler, ciddi bir hastalığı olan yaşlanan ve yaşlı LGBTİ+’ların bakımı için arkadaş ve partnerin oynayabileceği önemli rolün farkında olmalıdır.
 - LGBTİ+’ların seçilmiş ailelerinden bahsetmelerini sağlamak için onlara “Kimi aile olarak görüyorsunuz?”, “Hayatınızda en önem verdiğiniz kişiler kim?” gibi açık uçlu sorular sorarak zemin yaratılmalıdır.
 - Sağlık merkezine başvuran hastalara cinsel kimlik atanmamalıdır. Açıkça dile getirilmese de, LGBTİ+’ların da hasta olarak başvurabileceği varsayımıyla çalışmalıdır. Yaşlı LGBTİ+’ların her biri dışardan aynı değildir ya da aynı tavır ya da giyim tarzlarına haiz değildirler. Ayrıca, LGBTİ+’ların- daha önce evli olma veya çocuk veya torun sahibi olma gibi- ortak yargılarla çelişen geçmiş yaşam deneyimleri de olabilir.
 - Sosyal öykü almak, herhangi bir iyi tıbbi geçmişin ayrılmaz bir parçasıdır. Klinik ortamlarda cinsel davranış veya ilişki durumu hakkında soru sorulduğunda kişilere heteroseksüellik atamayacak şekilde soru sormalıdır. “Evli misiniz?” yerine, “partneriniz var mı?” sorusu tercih edilmelidir.
 - Bakımın diğer tüm temel bileşenlerinin yanı sıra cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği hakkında soru sormak önemli olsa da, LGBTİ+’ların önemli oranda ayrımcılık ve damgalanma geçmişine sahip olduklarını ve bunun da onları kimliklerini açıkça ifade etmekte daha az istekli hale getirdiğini unutmayın. Soruları olgusal herhangi bir soruyu sorduğunuz gibi sorun, ancak kimseyi yanıt vermeye zorlamayın. Bir faydalanıcı sorulan sorudan rahatsız olmuş ve kaygılı görünüyorsa veya cevap vermeyi reddediyorsa, bir sonraki soruya geçin.
 - Çalışanlar, tüm faydalanıcılara cinsel yönelim ve cinsiyet kimlikleri hakkında sorular sormalıdır. Bu, çalışanların yalnızca LGBTİ+ olduğunu “düşündükleri” kişilere bu soruyu sormasını veya kişiler arasında ayrıma gitmesini engeller.
 - Formlar, “partner” veya “sevgili” gibi ilişki durum seçeneklerini içerecek şekilde güncellenmelidir.

-
- Trans deneyimini içeren bir tıbbi öykü almak konusunda, ancak tıbbi olarak gerekli olduğunda, hassas bir şekilde sorular yöneltilmelidir. Klinisyenler, hormon kullanımı veya ameliyatta tıbbi durumların doğru teşhisi ve taranması üzerindeki etkisini anlamalıdır.
 - Çalışanlar, mamografi veya pap smear testi gibi cinsiyetle bağlantılı belirli önleyici hizmetlerin uygulanmasından veya düzenlenmesinden sorumluysa, transların tıbbi operasyon geçmişlerini bilmeleri gerekebilir, bu da kişinin bedenine uygun hizmeti almasını sağlar. Çalışanlar bu tür tıbbi bakımdan sorumlu değilse, transların tıbbi operasyon geçmişlerinin bilinmesine gerek yoktur.
 - Çalışanların, faydalanıcıların diğer sağlık çalışanları ile randevularını ayarladığı durumlarda, hizmet faydalanıcısı olan transların hangi kişisel bilgilerinin paylaşılması konusunda onayları olduğu sorulmalıdır. Kişilerin yönlendirildiği uzmanların kişilerin trans olduğu konusunda “uyarılmasına” gerek yoktur, bu bilgi, uygun tedavi sağlanması için gerekli değildir. Ayrıca, bunun faydalanıcının izni olmadan paylaşılması gizlilik ihlalidir ve HIPAA düzenlemelerini ihlal eder.
 - Sağlık sigortası ve faturalandırma sürecinde, faydalanıcının farklı bir isim ve/ veya cinsiyet kategorisi üzerinden sigortalı olup olmadığına bilinmesi gerekebilir. “Gerçek adın ne?” diye sormak böyle durumlarda asla uygun değildir. Bunun yerine, böyle verilere ihtiyaç duyulduğunda, kişiye “Sigorta belgenizin bir kopyasını alabilir miyim?” diye sorulmalı ve belgeler üzerindeki ismin faturalama amacıyla kullanılması konusunda onaylarını almak adına ek bir soru daha sorulmalıdır.
 - Hizmet verilen kurum ya da kuruluşlarda (ofisler, odalar vb.), LGBTİ+ kitapların, broşürlerin, dergilerin, sembollerin ve diğer bilgilerin yer alması sağlanmalıdır (SPOD, 2017).
 - Cinsiyet değiştirme ifadesi yerine, tekrar dilde değişim olana kadar cinsiyet uyum süreci ifadesi kullanılmalıdır.
 - Cinsel yönelim ya da cinsiyet kimliği/ ifadesinin, kişilerin aile içi dinamikleri, yaşam deneyimleri, problemleri veya travmaları ile bağlantılı olmadığı akılda tutulmalı, kişinin ihtiyacı olan sağlık hizmeti almasıyla bağlantılı olmayan, kişisel merak içeren sorular sorulmamalıdır.
 - LGBTİ+'ların, genel hizmet modellerine dahil edilmesinin sağlanması (örneğin herhangi bir ebeveynlik hizmeti ile ilgili broşürde LGBTİ+ çocuğu olan ailelere atıfta bulunmak ya da bakım hizmetleri ile ilgili bir broşüre yaşlı LGBTİ+'ları da dahil etmek) için çaba harcanmalıdır.
 - Tüm belgelerin, değerlendirme formlarının, bilgi broşürlerinin ve özellikle sosyal inceleme raporlarının, LGBTİ+'ları ve onların ailelerini içeren bir dilde ve formatta hazırlanması sağlanmalıdır.
 - Cinsel yönelim değiştirilemez ve bir kişinin cinsel yönelimini değiştirmeye yönelik çabalar işe yaramamaktadır ve buna maruz bırakılanların ruh sağlığına büyük ölçüde zarar verilmektedir. Bu yöndeki çabalardan uzak durulmalı, yasaklanmalıdır.
 - LGBTİ+'lara yönelik fark edilmeyen/ fark edilmek istenmeyen nefret temelli şiddet olgularının eksik/ yanlış bildirilmesinin altını çizmek de dahil olmak üzere, cinsel yönelim ya da cinsiyet kimliği/ifadesine dayalı şiddeti kolluk kuvvetlerine, yetkililere, LGBTİ+'lara ve genel nüfusa/kamuoyuna duyurmak
 - Özellikle yaşlı LGBTİ+'lara yönelik şiddet ve istismar konusunda sorgulayıcı olmak ve duyurmak
 - Tüm formlarda gizlilik politikası açıkça belirtilmeli ve çalışanlardan kabul sürecine başlamadan önce bu politikayı yüksek sesle okumaları istenmelidir.
-

-
- Faydalancının adı, cinsiyet kimliği, cinsel yönelimi, sağlık durumu ve diğer potansiyel hassas bilgileri gibi kişisel bilgilerinin merkez tarafından nasıl kullanılacağı faydalancıya açıklanmalıdır. Faydalancılara, bu bilgilere kimin erişip erişemeyeceği veya acil durumda aranacak kişilerin aranması gibi belirli acil durumlarda bilgilerin nasıl kullanılacağı açıklanmalıdır.
 - Merkezde, faydalancılarının cinsel yönelim veya cinsiyet kimliği bilgisinin, izinleri olmadan atanmış ailesi veya arkadaşlarıyla paylaşamayacağı vurgulanmalıdır.
 - Kabul sürecinden sonra, faydalancılara özellikle gizli tutulmasını istedikleri herhangi bir bilgi olup olmadığı veya tercih ettikleri kişi zamiri gibi belirli bilgilerin, merkezdeki diğer yaşlılar ve çalışanlar tarafından bilinmesi ve kullanılması konusunda onayları olup olmadığı sorulmalıdır.
 - Karşılama bölümüne veya diğer yoğun kullanılan ortak alanlara yaşlı LGBTİ+'ları kapsayan görseller asılmalıdır. Bu görsellerde birden fazla ırk ve etnik köken, çeşitli yaşlı grupları, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerinin temsil edildiğinden emin olunmalıdır. Göçmenleri ve LGBTİ+'ları kucaklayıcı ve çeşitlilik vurgulayıcı bir yaklaşımın, istisna değil norm olduğu vurgulanmalıdır.
 - Mümkünse, çalışanlar ve faydalancılar için merkezde tek bölmeli, cinsiyetsiz tuvaletler olmalıdır. Trans veya artı kimliklerden kişiler için bu, cinsiyet çeşitliliği anlayışına gösterge teşkil eder. Bununla birlikte, trans ve artı kimlikler dahil olmak üzere tüm faydalancılar, kendilerine en uygun olduğunu düşündükleri tuvaleti kullanabilmelidir.
 - Yaşlı LGBTİ+'lar ve daha genç LGBTİ+'lar arasında kuşaklar arası iletişim grubu kurulmalıdır. Zorbalık, yalnızlık ve izolasyon gibi genç LGBTİ+'ların karşılaştığı toplumsal sorunların çoğu, yaşlı LGBTİ+'ların da karşılaştığı sorunlardır ve yaşlı faydalancılar genç LGBTİ+'lara memnuniyetle destek vermeyi isteyebilir.
 - Ziyaret politikaları gözden geçirilmeli, faydalancının partneri, sevgilisi, medeni/kayıtlı birlikteliği, beraber bir hayatı paylaştığı kişi veya arkadaşı gibi belirlediği ziyaretçileri kabul etme hakkı, politikalarca güvence altına alınmalıdır. Ziyaretçi kabul etme politikaları hem eşcinsel çiftler hem de cisheteroseksüel çiftler için aynı olmalıdır.
 - "Aile" konusunda politikalar ve tanımlar gözden geçirilmeli ve faydalancıların "seçilmiş ailesi" (arkadaşları, partnerleri ve yakını olarak gördüğü diğer kişiler) ve "atanmış ailesi" (kan bağı olan aile üyeleri) veya evlilik veya akrabalık bağlarıyla kurduğu tüm ilişkileri kapsamalıdır.
 - Merkezdeki yaşlı LGBTİ+'lar ve diğer tüm çeşitlilikleriyle yaşlılara yönelik hizmetler ve bakımın sürekli olarak iyileştirmesini sağlamaktan sorumlu olacak en az bir kişi olmalıdır. Bu kişi ayrıca, LGBTİ+'lara yönelik bakımın iyileştirilmesi adına veri ve öneriler toplamak için, hizmet faydalancılarının arkadaşları, partnerleri ve aileleri arasında bağlantı görevi görebilir.
 - Hizmet faydalancılarının ve personelin, diğer merkez sakinleri veya çalışanlar tarafından maruz kaldıkları önyargılı davranışları bildirebilmesi ve bu vakaların değerlendirilmeye alınması için sürekli izleme mekanizmaları oluşturulmalıdır. Bu mekanizmalar faydalancı ve personele sunulmalı ve ayrıca yoğun kullanılan ortak alanlarda yayınlanmalıdır.
 - Yaşlı LGBTİ+'ların hem evde bakım hem de kurum bakımında ayrımcılığa maruz bırakılmadan ulaşabilmelerinin sağlanması, kurum bakımı ve evde bakımın birbirine zıt değil, tamamlayıcı veya kişinin ihtiyaçlarına göre belirlenen bakım hizmetleri olarak düzenlenmesi, kurum bakımının hem kamu hem de özel sektör ve sivil toplum tarafından sunulabilmesi için düzenlemeler yapılmalıdır.
 - Sosyal hizmet ve bakım hizmetlerinin aile temelli inşa edilmesinin LGBTİ+'ların bu hizmetlere erişimini kısıtladığı gözetilerek, "bağımsız bir yaşam sürme hakkı" bağlamında aile temelli değil kişi temelli bakım hizmetlerine ilişkin mekanizmaların inşasının sağlanması gerekir.

12.KAYNAKLAR

- American Geriatrics Society Ethics Committee (2015) American Geriatrics Society Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults Position Statement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 423–426.
- Anzani., A ., Sacchi,S., Prunas A.(2021) Microaggressions towards lesbian and transgender women: Biased information gathering when working alongside gender and sexual minorities. *J.Clin.Psychol.*77(9):2027-2040
- Başar, K.(2020). Cinsel kimlik ve sağlıkta eşitsizlik: Bireyin ve kliniğin ötesinde tıp. *Toplum ve Hekim Temmuz – Ağustos*, Cilt: 35 Sayı: 4
- Bloemen,M,E , Rosen,T,MPH.,Veronica M.MHP, LoFaso MD, vd. (2019). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults' Experiences With Elder Abuse and Neglect; *Journal of the American Geriatrics Society*, Volume 67, Issue 11 p. 2338-2345
- Butler, S. S. (2019). Social networks and social isolation among LGBT older adults. In L. W. Kaye (Ed.), *Social isolation of older adults: Strategies to bolster health and well-being* (pp. 181–196). New York: Springer Publishing.
- Choi,K,soon., Meyer,H, Ilan(2016). LGBT Aging: A Review of Research Findings, Needs, and Policy Implications . Erişim:<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/LGBT-Aging-Aug-2016.pdf>
- Conron,J,K., Mimiaga,J,M.,Landers,J,S.(2015) A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *Am.J.Am.Public Health* 100(10):1953-60
- Çayır,K (2018) ; Ders Kitaplarında Yaşlılık Temsili. İçinde; Yaşlanma ve Yaşlılık. Disiplinlerarası Bakış Açıları. Der: Duben,Alan
- Davas, A,(2017) İzmir Dayanışma Akademisi. LGBTİ çalışanların sağlığı. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* .Cilt 17, sayı 65
- D'cruz M., Banerjee,D.(2020) An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. *Psychiatry.Res.* (10) 292: 113369
- Demir,M (2020). Yaşlılık ve Özerkliğe Saygı İlkesi, (ed. Şahin, Deniz Say) içinde *Etik Yönleriyle Yaşlılık ve Yaşlanma*
- Deutsch,M,B,.Green,J.,Keatley.,J.,Mayer,G (2013). Electronic medical records and the transgender patient: recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group; *J.Am Med Inform Doç.* 20(4): 700–703.
- Ekmekçi, E, P (2017). Do we have a moral responsibility to compensate for vulnerable groups? A discussion on the right to health for LGBT people.; *Med Health Care Philos.* Sep; 20(3): 335–341.
- Elliott,N,M., Kanouse,E,D.,Burkhart,Q.,Abel,A,G vd.(2015). Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *J Gen Intern Med.* 30(1): 9–16.
- Employment and Social Development Canada (ESDC)(2021) Social isolation of seniors: A focus on LGBTQ seniors in Canada. Erişim: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/social-isolation-lgbtq.html>
- Flatt,J,D.,Julene K. Johnson,K,J., Karpiak,E,S., Seidel,L vd.(2021); Correlates of subjective cognitive decline in lesbian, gay, bisexual and transgender older adults. *J.Alzheimers Dis.*2018. 64(1):91-102
- Foglia;B;M., Fredricsen-Goldsen, K,I (2015). Health Disparities among LGBT Older Adults and the Role of Nonconscious Bias; *Hastigs Cent.Rep.*44 (04) S40-S44

-
- Frost,M,D.,Levahot,K.,Meyer,H,I vd,(2015) Minority stress and physical health among sexual minority individuals. J Behav Med. 2015 Feb; 38(1): 1–8.
- Garcia,J.,Vargas,N.,Clark;L,J.,Alvares,M,M, vd. (2020) Social isolation and connectedness as determinants of well-being: Global evidence mapping focused on LGBTQ youth. Glob Public Health.15(4): 497–519
- Griffin,M,. Jaiswal,J,.Krytusa,D,. Krause,K,D. vd.(2020) Healthcare experiences of urban young adult lesbians. Womens Health (Lond). 16: 1745506519899820.
- Gu,Y,L, Zhang,N., Mayer,H,K, McMahan,M,J vd. (2021). Autonomy-Supportive Healthcare Climate and HIV-Related Stigma Predict Linkage to HIV Care in Men Who Have Sex With Men in Ghana, West Africa.; J.int.Assoc.Provid AIDS Care. Jan-Dec; 20: 2325958220978113
- Gül,İ,I (2018). Yaşlı Bireylere İnsan Hak ve Özgürlükleri Perspektifinden Bir Bakış. İçinde; Yaşlanma ve Yaşlılık. Disiplinlerarası Bakış Açılıarı. Der: Duben,Alan
- Kneale,D.,Henley,J.,Thomas,J.,French,R. (2021).Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review.Ageing Soc. 41(3): 493–515.
- Luskin, D vd, (2010) Social isolation, Chapter 5, içinde;Predictors of social isolation in community-dwelling older adultsYale UniversityProQuest Dissertations Publishing,Degree 3415135
- Meyer, H, I (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychol Bull. 2003 Sep; 129(5): 674–697
- Meyer, M (2012), Yaşlı LGBTİ+ lar için Kapsayıcı Hizmetler. Kapsayıcı Merkezler Oluşturulması İçin Uygulama Kılavuzu Çev.Özge Gökpınar
- McParland,.J,Camic,M,P.(2016). Psychosocial factors and ageing in older lesbian, gay and bisexual people: a systematic review of the literatüre. J.Clin.Nurs.;25(23-24):3415-3437
- Nuttbrock,L., Bockting,W., Rosenblum,A,,Hwahng,S ve ark(2014). Gender Abuse, Depressive Symptoms, and Substance Use Among Transgender Women: A 3-Year Prospective Study; Am.J Public Health. 104(11): 2199–2206.
- Önder, İ (2020) Yaşlı İstismarı, (ed. Şahin, Deniz Say), içinde; Etik Yönleriyle Yaşlılık ve Yaşlanma, Ekin yay.
- Öz,Y (2021), 17 Mayıs Derneği Yaşlı LGBTİ+ler Dünyada ve Türkiye'deki Durum
- Patrick,H.,Williams C,G (2012) Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing.İnt J Behav.Nutr. Phys.Act. 9: 18.
- Pereira H., Banerjee,D.(2021). Successful Aging Among Older LGBTQIA+ People: Future Research and Implications; Front Psychiatry. 12: 756649.
- Pembe Hayat (2014).Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliğiyle İlişkili Olarak Uluslararası İnsan Hakları Hukukunun Uygulanmasına Dair Yogyakarta İlkeleri. Erişim: http://www.pembehayat.org/uploads/editor/files/yogyakarta_ilkeleri.pdf
- Poll,H (2014), Açık ve Görünür; 45-75 Yaşları Arası Yaşlı Lezbiyen, Gay,Biseksüel ve Transların Deneyim ve Tutumları. Çev. Özge Gökpınar
- Radix, A (2019). Hormone Therapy for Transgender Adults; Urol.Clin.North Am;46(4):467-473.
- Salur, G (2018). Yaşlılık ver Bilişsel Süreçler. İçinde; Yaşlanma ve Yaşlılık. Disiplinlerarası Bakış Açılıarı. Der: Duben,Alan
- Seelman,L,K.,Lewinson,T.,Lily Engleman,L ve ark(2019). Motivations for advance care and end-of-life planning among lesbian, gay, and bisexual older adults;Qual.Soc.Work Nov;18(6):1002-1016.
- Sherriff N.,Zeeman,L.,McGlynn,N ve ark (2019)Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health-care inequalities via rapid reviews of grey literature in 27 EU Member States. Health Expect.; 22(4): 688–700.

SpoD (2017). Britanya Ulusal Sağlık Hizmeti & Britanya Sağlık Bakanlığı Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bilgilendirme Metni; LGBT Bireylerle Çalışmak. Çev;İlbey;B ve ark Erişim: <http://studylibtr.com/doc/984124/lezbiyen--gey--biseks%C3%BCel-ve-trans--lgbt--bireylerle-%C3%A7al%C4%B1%C5%9F> (20/11/2017)

Stinchcombe, A., Smallbone, J., Wilson, K ve ark (2017). Healthcare and End-of-Life Needs of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Older Adults: A Scoping Review,; Geriatrics (Basel). Mar; 2(1): 13.

Stroumsa, D (2014). The State of Transgender Health Care: Policy, Law, and Medical Frameworks; Am J Public Health. 104(3): e31–e38.

Tar, Y. Edt. (2021), 17 Mayıs Derneği Yaşlı LGBTİ+ lerin Hakları ve Sorunları ile Dünyadan Örnekler

Tar, Y. (2021), 17 Mayıs Derneği Yaşlı LGBTİ+ lar ve Covid 19 Bilgi Notu

Tietz, D., Schaefer, N (2011) The Policy Issues and Social Concerns Facing Older Adults with HIV. İçinde; How Health Care Reform Will Help LGBT Elders. Public Policy & Aging Report Summer., Integrating Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults into Aging Policy and Practice. (Baker, K., Krehely, J) Erişim: <https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/PPAR%20Summer2011.pdf>

TTB. (2009). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/belgeler2009.pdf>

TTB. (2012) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

TTB. (2020). Hekimler İçin LGBTİ Sağlığı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

TTB. (2020). Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etikbildirgeler2020.pdf>

Türkiye Biyoetik Derneği, Hekim Andı ve Taşındığı Değerler Görüşü. Erişim: <https://biyoetik.org.tr/gorusler/hekim-andi-ve-tasidigi-degerler-gorusu/>

Ünsal, Z., Ç ve ark. (2020) Yaşlılık ve Mahremiyet, (ed. Şahin, Deniz Say) içinde Etik Yönleriyle Yaşlılık ve Yaşlanma

Velittin, K., Kalaycı, I (2020), Aktif yaşlanma ve sağlıklı yaşam için güçlendirme becerileri. İçinde; Etik yönleriyle yaşlanma ve yaşlılık. Ed. Şahin, S, D

WHO. (2017). Mental health of older adults. Retrieved September 4, 2019

WHO. (2018). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Retrieved September 4, 2019.

WHO. (2019). Dementia fact sheet. Retrieved September 4, 2019,

WHO. (2014). Basic Documents. Retrieved March 25, 2019

Yaman, M., (2021) Pandemiye Ağıt: Yaşlılarımızı Ölüme mi Terk Ettik? İçinde: En Uzak Sahilin Kıyısında Yeni Bir Yaşam Kurabilir miyiz? Habitus Kitap

Yetener, M (2020), Çatlak Zemin; Önyargılar ve Damgalama Virüsten Daha Ölümcüldür Erişim: <https://www.catlakzemin.com/oniyargilar-ve-damgalama-virusten-daha-olumculdur/>

Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Massimo, M ve ark (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities; Eur J Public Health. 29(5): 974–980.