



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**GİRESUN İLİ KEŞAP İLÇE MERKEZİNDE
YAŞAYAN YAŞLILARDA AĞRI
PREVALANSI VE AĞRIYLA BAŞ ETME
YÖNTEMLERİ**

Sevda ÖZTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2016

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Doç. Dr. Nesrin NURAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sevda ÖZTÜRK'ün hazırladığı “Giresun İli Keşap İlçe Merkezinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Prevalansı ve Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri” başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Nesrin NURAL

.....

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

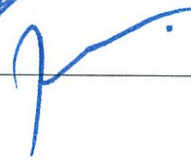
Doç. Dr. Nesrin NURAL

.....

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

.....

Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

.....

Tarih: 13./7/2016

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih vesayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağılı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

27/06/2016

Sevda ÖZTÜRK



İthaf

Bu Yüksek Lisans tezimi, tezimin her aşamasında büyük bir sabırla ve sevgiyle benden desteğini esirgemeyen Zeynep Öztürk, Metin Öztürk ve Mesut Öztürk'e ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm süreçlerinde desteğini esirgemeyen, bilimsel katkıları ve tecrübesiyle bana rehberlik eden danışmanım KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL'a,

KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Tez çalışmam süresince yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Cansın Öztürk, Merve Öztürk, Serra Öztürk ve Betül İşcan'a,

Her zaman yanımda olduklarını hissettiren, varlıkları ile bana güç veren ve bana güvenen sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Sevda ÖZTÜRK

İÇİNDEKİLER**Sayfa****KABUL ve ONAY****BEYAN****İTHAF****TEŞEKKÜR****TABLolar DİZİNİ****ix****ŞEKİLLER DİZİNİ****x****KISALTMALAR DİZİNİ****xi****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ ve AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****5**

4.1. Yaşlanma ve Yaşlılığın Tanımı

5

4.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi

5

4.3. Ağrının Tanımı

7

4.4. Ağrının Sınıflandırılması

7

4.4.1. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı

7

4.4.2. Başlama Süresine Göre Ağrı

8

4.4.3. Mekanizmasına Göre Ağrı

8

4.5. Ağrıya İlişkin Kavramlar

9

4.6. Ağrının Algılanması

10

4.7. Ağrı Teorileri

11

4.7.1. Kapı Kontrol Teorisi

11

4.7.2. Endorfin Teorisi

12

4.8. Yaşlılarda Ağrı Prevalansı

12

4.9. Yaşlılarda Ağrı Nedenleri

13

4.10. Yaşlılarda Ağrı Mekanizması

13

4.11. Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

14

4.12. Yaşlılarda Ağrı Yönetimi

14

4.12.1. Yaşlılarda Ağrı Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler

15

4.12.1.1. Non Opioid Analjezikler

15

4.12.1.2. Opioid Analjezikler	16
4.12.1.3. Adjuvan İlaçlar	16
4.12.2. Yaşlılarda Ağrı Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yöntemler	17
4.12.2.1. Periferel Teknikler	17
4.12.2.2. Kognitif-Davranışsal Teknikler	18
4.12.2.3. Periferel ve Kognitif-Davranışsal Dışındaki Diğer Teknikler	19
4.13. Yaşlılarda Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü	19
4.14. Yaşlılarda Ağrı ile Baş Etme Yolları	20
5. GEREÇ ve YÖNTEM	22
5.1. Araştırmanın Tipi	22
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri	23
5.5. Veri Toplama Araçları	23
5.5.1. Kişisel Bilgi Formu	23
5.5.2. Geriatrik Ağrı Ölçeği	23
5.5.3. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği	24
5.6. Veri Toplama Yöntemi	24
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
5.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	25
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	25
6. BULGULAR	27
7. TARTIŞMA	35
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	42
8.1. Sonuçlar	42
8.2. Öneriler	44
9. KAYNAKLAR	45
10. EKLER	55
10.1. Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	55
10.2. Ek 2. Geriatrik Ağrı Ölçeği	56
10.3. Ek 3. Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği	57
10.4. Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	58

10.5. Ek 5. Kurum İzni

59

11. ETİK KURUL ONAYI

60

12. ÖZGEÇMİŞ

63



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 2. Yaşlıların Ağrı ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 3. Yaşlılarda Ağrı Prevalansı	29
Tablo 4. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Geriatrik Ağrı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Tablo 5. Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları	31
Tablo 6. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	32

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1950-2014	6
Şekil 2. Yaşlılarda Geriatrik Ağrı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	29



KISALTMALAR DİZİNİ**Kısaltmalar**

ABÖ	Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GAÖ	Geriatrik Ağrı Ölçeği
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
NSAİİ	Nonsteroidal Antiinflatuar İlaçlar
SSS	Santral Sinir Sistemi
TENS	Transkütan Elektiriksel Nöron Stimilasyonu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	Ve Benzeri

1. ÖZET

Giresun İli Keşap İlçe Merkezinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Prevalansı ve Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri

Araştırma, yaşlıların ağrı prevalansını ve ağrıyla baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Giresun ili Keşap ilçe merkezinde yaşayan 255 yaşlı oluşturdu. Araştırma Mart 2015 - Haziran 2015 tarihleri arasında ev ziyaretleri gerçekleştirilerek yapıldı. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzdelik, ortalama, Oneway Anova, Kruskall Wallis, Student t testleri kullanıldı.

Araştırmaya alınan yaşlıların herhangi bir nedenle son bir ayda deneyimlediği ağrı prevalansı %92.5, kronik ağrı prevalansı ise %73.7 olarak saptandı. Yaşlıların Geriatrik Ağrı Ölçeği puan ortalamaları 55.03 ± 25.80 olarak belirlendi. Yaşlıların Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları; Kendi Kendine Başa Çıkma 18.71 ± 6.89 , Çaresizlik 11.11 ± 5.69 , Bilinçli Bilişsel Girişimler 12.20 ± 4.56 ve Tıbbi Çare Arama 9.69 ± 5.68 puan bulundu. Yaşlıların Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Çaresizlik puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ekonomik durum, yaşlının bakımından sorumlu olan kişi, günlük aktivitelerinde desteğe gereksinim duyma ve kronik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Kendi Kendine Başa Çıkma puan ortalamaları ile eğitim; Bilinçli Bilişsel Girişimler puan ortalamaları ile cinsiyet, eğitim, günlük aktivitelerinde desteğe gereksinim duyma; Tıbbi Çare Arama puan ortalamaları ile yaş, medeni durum, ekonomik durum, yaşlının bakımından sorumlu olan kişi, günlük aktivitelerinde desteğe gereksinim duyma ve kronik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç olarak, yaşlılarda ağrı prevalansının yüksek olduğu, ileri yaşlılık, düşük eğitim düzeyi, kadın cinsiyet, kötü ekonomik durum gibi sosyodemografik değişkenlerin yaşlıların daha fazla ağrı hissetmelerine, ağrıyla baş etme durumunu olumsuz etkilemesine ve kendilerini daha çaresiz hissetmelerine yol açtığı belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, Ağrı, Ağrı Prevalansı, Baş Etme, Hemşirelik

2. SUMMARY

Pain Prevalence and Methods For Overcoming Pain among Old People Living in Keşap Town Center, in Giresun City

The research was carried out as descriptive one to identify elderly people's pain prevalence and methods to cope with pain. The sample of the research was composed of 255 elderly people living in Keşap town in Giresun city. The research was done by home visits between March 2015 and June 2015. The data was collected by using Personal Information Form, Geriatric Pain Measure and Pain Coping Questionnaire. Numbers, percentage, average, Oneway Anova, Kruskall Wallis and Students t tests were used to evaluate data.

Pain prevalence of the elderly participants in last month was detected as 92.5% and chronic pain prevalence as 73.7% for any reason. The elderly participants' average point of Geriatric Pain Measure was stated as 55.03 ± 25.80 . When investigating sub-dimensions' point averages of Pain Coping Questionnaire, points were found; Self-Management as 18.71 ± 6.89 , Helplessness as 11.11 ± 5.69 , Conscious Cognitive Attempts as 12.20 ± 4.56 and Medical Remedies as 9.69 ± 5.68 . Significant difference was found between Geriatric Pain Measure and Helplessness point average; and age, gender, education, marital status, economic condition, the person who is responsible for nursing the elderly, need for assistance in daily life activities and chronic disease. Significant difference was found statistically between average points of Self-Management and education; between average points of Conscious Cognitive Attempts and gender, education, need for assistance in daily life activities; between average points of Medical Remedies and age, marital status, economic condition, the person who is responsible for nursing the elderly, need for assistance in daily life activities and chronic disease.

As a result, it was revealed that pain prevalence was high in the elderly; sociodemographic variables such as being elderly, low education level, female gender, poor economic condition caused elderly people feel more pain, affected coping with pain negatively and made elderly people feel more helpless.

Key Words: Elderly, Pain, Pain Prevalence, Coping, Nursing

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlı nüfus dünya nüfusunun en hızlı artış gösteren yaş grubudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılında yaşlı nüfusun 600 milyon olduğunu belirtirken, 2025'te bu nüfusun 1.2 milyara, 2050'de ise 2 milyara çıkmasını beklemektedir (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de 2014 yılında %8 olan yaşlı nüfus oranının, 2023 yılında %10.2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (2).

Yaşlı nüfus oranının ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte kronik hastalıklar ortaya çıkmakta, fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel işlevlerde ve günlük yaşam aktivitelerinde gerileme görülmektedir. Yaşlanmayla birlikte görülen sağlık problemlerindeki artış, yaşlılarda görülen ağrı prevalansındaki artışın ana nedenidir (3). Türkiye'de yapılan farklı araştırmalarda yaşlıların ağrı prevalansının %54-88 arasında değiştiği saptanmıştır (3, 4-6). Yaşlılarda ağrı prevalansının ve sonuçlarının öneminin bilinmesine rağmen, ağrı prevalansı ile ilgili araştırmalarda yaş faktörü sıklıkla göz ardı edilmiştir. Bunun en önemli nedenlerinden biri ağrının, yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğu yanılgısıdır (7).

Yaşlılarda kronik ağrıya sebep olan faktörler arasında, osteoartrit, spinal kanal darlığı, miyofasiyal ağrı, fibromiyalji, postherpetik nevralji, poststroke ağrı, diyabetik periferik nöropati ve kanserler yer almaktadır (8). Yaşlıların %80-85'inde ağrıya sebep olan en az bir tane sağlık problemi olduğu ileri sürülmektedir. Tedavi edilmeyen kronik ağrı, kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal hayatını, uykusunu, iştahını ve günlük yaşam aktivitelerini belirgin olarak etkilenmektedir (9).

Her insanın yaşamının bir döneminde mutlaka deneyimlediği ağrı, günümüzde 5. yaşam bulgusu olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain= IASP) ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu olarak tarif etmiştir (10-12).

Baş etme, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, emosyonel ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir. İnsanların farkında olmadan diğer sağlık sorunları gibi ağrıya karşı da çeşitli baş etme tutumu sergilediği bilinmektedir. Ağrıya baş etme

tutumları, aktif ve pasif olan tutumlar şeklinde ikiye ayrılabilir. Sorununu yadsımak, unutmaya çalışmak, şakaya vurmak gibi pasif baş etme tutumlarına karşı sorunun üzerine gitmek, çözüm yolu aramak gibi aktif baş etme tutumları da kişiler tarafından kullanılmaktadır (13). Kişilerin ağrı ile baş etme biçimlerinin bilinmesi, ağrılı durumların tedavisi ve ağrı davranışlarının düzeltilmesi açısından oldukça önemlidir (14). Literatürde ağrının prognozunu olumsuz etkileyen psikososyal faktörlerin önemli bir kısmının pasif baş etme tutumları olarak tanımlanan bilişsel faktörler olduğu belirtilmektedir (13).

Sağlık sorunlarının sık rastlandığı yaşlı nüfus, erişkinlerden ve gençlerden fizyolojik ve sosyolojik olarak farklı özelliklere sahiptir ve buna uygun olarak özel sağlık planlamasına gereksinim vardır. Yaşlılarda yaygın rastlanılan ağrının çözümü en karmaşık sağlık sorunlarından ve kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekmektedir (7). Yaşlılarda ağrının kontrol altına alınmadığı durumlar, kronik ağrı sendromlarının gelişmesine, uzun süreli yaşam kalitesinin bozulmasına, fiziksel ya da psikolojik sorunlara neden olmaktadır ve ortaya çıkan sonuçlar kişiye, ailesine ve topluma bir yük oluşturur (15).

Yaşlılarda ağrının kontrol altına alınması için yapılacak olan sağlık hizmet planlamasında, yaşlıların ağrı prevalansının bilinmesi, ağrıyla baş etme yollarının değerlendirilip, olumlu baş etme yollarının güçlendirilmesi, olumsuz baş etme yollarının belirlenerek söndürülmesi önemlidir. Bu araştırma ile elde edilecek veriler, yaşlılara verilen hizmetlerin planlanmasında, sunulmasında ve geliştirilmesinde aktif rol ve sorumluluk alan hemşirelerin, ağrıyı kontrol altına almaya yönelik girişimleri planlamasına yol göstermesi hedeflenmektedir. Ayrıca, Türkiye'de yaşlıların ağrı prevalansını ve ağrı ile baş etme yöntemlerini inceleyen sınırlı sayıda araştırmaya ulaşılabilmektedir ve bu araştırmaların da genellikle sağlık kurumları, huzurevi ve bakımevlerinde gerçekleştirildiği görülmüştür (3, 6, 16). Bu gereksinimden hareketle planlanan toplumsal temelli olan bu çalışma, Giresun ili Keşap ilçe merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin ağrı prevalansı ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yaşlanma ve Yaşlılığın Tanımı

Yaşamın temel gerçekliklerinden biri olan yaşlanma, organizmanın geriye dönüşü olmayan bir şekilde yıpranması, işlevlerinin bozulmaya başlaması şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşlanma hayat boyu devam eden bir süreçtir ve yaşlanmanın belirli bir başlangıç ve bitiş zamanı yoktur. Yaşlılık ise artmış yaşın etkilerini gösterme halidir. Yaşlılık yaşam süresinin ileriki döneminde fiziksel ve ruhsal değişimlerin görüldüğü, organizmanın iç ve dış faktörler arasında denge kurma yetisinin azaldığı bir dönem olarak tanımlanabilir (17).

Yetişkinliğin bir uzantısı olarak yaşam süresinin ileriki döneminde fiziksel ve ruhsal değişimlerin görüldüğü bir evre olan yaşlılık; fizyolojik değişimler, sosyolojik faktörler, kronoloji gibi farklı göstergeleri tanımlamak için göz önünde bulunan bir dönemdir. Hücrel atrof ve fonksiyonlarda gerileme ile birlikte ortaya çıkan duruma biyolojik yaşlılık; yapısal ve fonksiyonel değişimleri fizyolojik boyutuyla yaşlılık; kişilerin duygularında, algılamalarında ve davranışlarında oluşan değişimler ise psikolojik boyutuyla yaşlılık olarak değerlendirilmektedir. Sosyal olarak yaşlılık, kişinin toplum içinde yaşlı olarak tanımlanması ile başlamaktadır. Kronolojik yaşlılığın tanımında ise yaşlılığın başlangıcı için bir yaş sınırı kullanılır (18-20).

Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi, “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir. Birleşmiş Milletler, yaşlılıkla ilgili çalışmalarında 60 yaş ve üzeri yaş grubu “yaşlı” olarak tanımlamaktadır (21).

Yaşlı nüfus kendi içerisinde alt gruplara ayrılmıştır. Yaşlılık dönemi, 65-75 genç yaşlı, 75-85 orta yaşlı, 85 yaş ve üzeri yaş ileri yaşlı olarak sınıflandırılmaktadır (22).

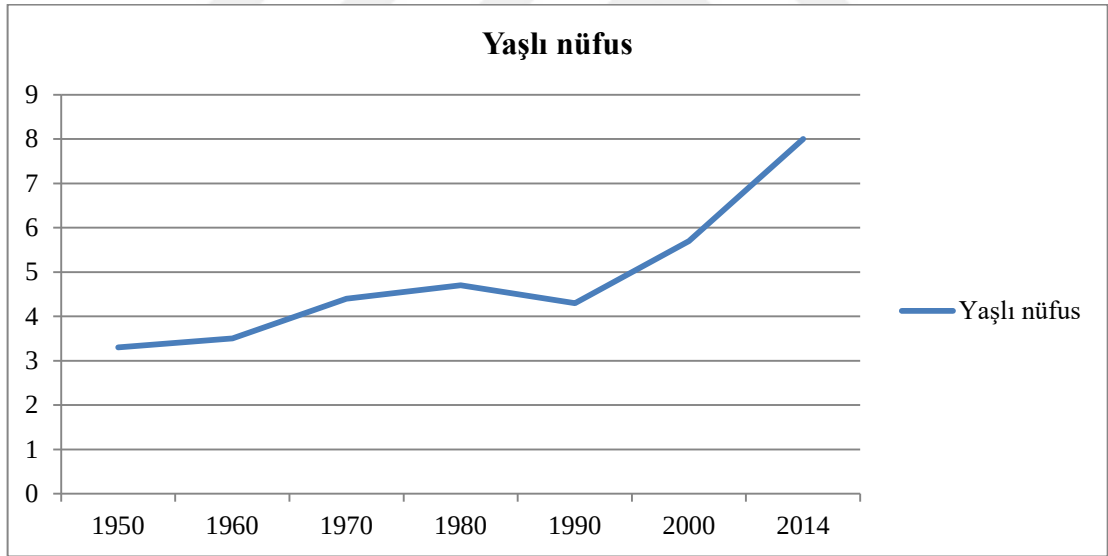
4.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi

Dünyada sağlık alanlarındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, temel sağlık bakımı anlayışının yaygınlaşması ile birlikte hastalıkların kontrol altına alınması, yaşam standartlarının ve diğer koşullardaki iyileşme ile günümüzde ortalama yaşam süresi artmıştır (23). Dünyada, doğumda beklenen yaşam süresi 2010-2015 dönemi

tahminlerine göre 69 yıl olarak belirtilmiştir ve bu sürenin 2050 yılında 78.5 yıla çıkması beklenmektedir (24).

Dünya Sağlık Örgütü 2013 yılı sağlık istatistiklerine göre Türkiye’de, 1990 yılında 66 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2011 yılında 76 yıla çıkmıştır ve erkeklerde 73, kadınlarda ise 78 yıl olarak belirlenmiştir (25). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, doğumda beklenen yaşam süresi 2013-2014 yılında Türkiye geneli için toplamda 78, erkeklerde 75.3 ve kadınlarda 80.7 yıldır (26). Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın Türkiye’de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir (27).

Dünya nüfusunun 2014 yılında %8.3’ünü yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %29.5 ile Monako, %25.8 ile Japonya ve %21.1 ile Almanya’dır. Türkiye bu sıralamada 228 ülke arasında 94. sırada yer almaktadır (26).



Şekil 1. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1950-2014 (2)

TÜİK 2014 verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus (2);

- 1950 yılında toplam nüfusun %3.3’ünü,
- 1960 yılında toplum nüfusun %3.5’ni,
- 1970 yılında toplum nüfusun %4.4’ünü,

- 1980 yılında toplum nüfusun %4.7'sini,
- 1990 yılında toplum nüfusun %4.3'ünü,
- 2000 yılında toplum nüfusun %5.7'sini ve
- 2014 yılında toplum nüfusun %8'ini oluşturmuştur.

Birleşmiş Milletler'in tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8-10 ise o ülke nüfusunun “yaşlı”, %10'un üzerinde ise “çok yaşlı olduğu” anlamına gelmektedir (2).

Ülkemizde yaşlı nüfusun %43.6'sını erkek nüfus, %56.4'ünü kadın nüfus oluşturmaktadır. Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2'ye yükseleceği ve “çok yaşlı” nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (2).

4.3. Ağrının Tanımı

Ağrı çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilen subjektif bir deneyimdir (28). Ağrı, duysal bir uyarı veya sinirsel bir hasara bağlı olarak ortaya çıkan ve kişinin hafızasına, beklentilerine ve duygusal yapısına göre değişiklikler arz eden karmaşık bir olgu olarak da tanımlanmaktadır (29).

Ağrı, bedenin bir bölgesinden köken alan, hoş olmayan ve kişiyi kaçış veya panik durumuna yönelten bir algılama şeklidir ve hoş olmayan bir algılama şeklinde görülse de amacı, organizmayı erkenden zararlı bir saldırıdan korumak ve bununla ilişkili savunma mekanizmalarını ortaya çıkarmaktır (30).

4.4. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı, kaynaklandığı bölgeye, ağrının başlama süresine ve mekanizmasına göre sınıflandırılmaktadır (31).

4.4.1. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı

Somatik ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanan, ani başlayan, keskin, iyi lokalize edilen ağrıdır; batma, sızlama, zonklama tarzındadır (11, 31).

Visseral ağrı: İç organlardan kaynaklanır, genellikle künttür, yavaş ilerler, yansıyan tipte ve lokalizasyonu güç olan ağrılardır (11, 31).

Sempatik ağrı: Sempatik sinir sisteminin tutulduğu damarsal kökenli ağrılardır. Primer hastalık geçtikten bir süre sonra şiddeti artmaya başlar. Sempatik kökenli ağrılar, kozalji denilen yanma tarzındadır ve özellikle geceleri artar (31).

4.4.2. Başlama Süresine Göre Ağrı

Akut Ağrı: Akut ağrı ani başlar ve nosiseptif niteliktedir. Doku hasarı ile başlayıp, neden olan lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişki olan bir semptomdur. Akut ağrı yüksek oranda lokalize olur, genellikle keskin, ezici veya yanıcıdır. Doku patolojisi devam ettiği sürece var olur ve genellikle nosiseptif stimulus azaldıkça ağrı azalır (31-33).

Kronik Ağrı: Ağrının akut hastalığın olağan seyrinden veya patolojik hasarın iyileşmesi süresinden çok daha uzun sürmesine kronik ağrı adı verilir (25). Kronik ağrıda akut ağrıda olduğu gibi otonomik cevaplar yoktur. Sempatik tonus artışı ve nöroendokrin fonksiyonda artış belirgindir. Çoğu kişide kronik ağrı zorlukla lokalize edilir ve künt, sızlayıcı, sabit olmaya meyillidir. Ağrı davranışı uzun sürer, kişisel ve çevresel faktörlerin rolü vardır (11, 30).

4.4.3. Mekanizmasına Göre Ağrı

Nosiseptif ağrı: Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan nosiseptörler tarafından algılanıp, santral sinir sistemine (SSS) iletildikten sonra hissedilen ağrı tipidir (34).

Nöropatik ağrı: Nöropatik ağrı, nörojenik dokulardaki histopatolojik veya fonksiyonel bir değişim nedeniyle hissedilen ağrıdır (34). Mekanik bir travma doğrudan nöropatik ağrıya neden olur ya da diyabetik nöropatilerde olduğu gibi sinir dokusunun tahribatı sonucu nöropatik ağrı olabilir. Nöropatik ağrı duyuşsal bozukluğun olduğu bölgede algılanıp, aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı bir ağrıdır (31).

Deafferantasyon ağrısı: Deafferantasyon ağrı, periferik sinir sistemi veya merkezi sinir sistemindeki (MSS) lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyarıların MSS'deki iletiminin kesilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Normalde önce omuriliğe, sonra MSS'ne ileti; sinir travmasına bağlı olarak kesilmiştir. Bu ağrılar duyuşsal kaybın olduğu bölgelerde yanıcı özellikte olup ilk birkaç ay içerisinde tedavisi olmazsa

geçmeyen inatçı ağrılara yol açabilir. Bu tip ağrılara örnek olarak, brakial pleksus avülsiyonu, postherpetik nevralji, travmatik paraplejiler, fantom ağrısı verilebilir (31).

Reaktif ağrı: Reaktif ağrı, motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile nosiseptörlerin uyarılması sonucu ortaya çıkan ağrı çeşididir. Miyofasyal ağrı sendromları, refleks sempatik distrofiler, reaktif ağrılara örnek verilebilir (31).

Psikosomatik ağrı: Psikosomatik ağrı, ağrıya neden olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya normalde hissedilecek olan ağrının çok ötesinde bir şiddetle hissedilen ağrı duyusudur (34).

4.5. Ağrıya İlişkin Kavramlar

Ağrı algısını ve ağrıya karşı oluşan tepkileri açıklamak amacıyla en sık kullanılan ağrı kavramları arasında ağrı eşiği, ağrı toleransı, ağrı davranışı ve ağrı hafızası yer almaktadır (35).

Ağrı Eşiği: Ağrı eşiği, bireyin uyarılabildiği en düşük uyaran şiddetidir. Diğer bir ifadeyle verilen bir uyarının ağrı oluşturduğu andır (35). Ağrı uyarının şiddetinin yanı sıra duysal ya da güdülenme gibi psikolojik faktörlere de bağlıdır (36). Uykusuzluk, yorgunluk, bitkinlik, anksiyete, depresyon gibi durumlar ağrı eşiğini azaltırken; uyku, dinlenme, sempati, analjezik ve antidepresan kullanımı gibi durumlar da ağrı eşiğini yükseltmektedir (35).

Ağrı Toleransı: Ağrı toleransı, bir kişinin dayanabileceği en yüksek ağrı derecesini belirtmektedir. Ağrı toleransı uzun süren ve tekrarlayan ağrılarda azalmaktadır (35).

Ağrı Davranışı: Ağrı davranışı ağrı çeken bir kişinin sergilediği motor faaliyetlerine denir. Ağrı davranışı başka bir ifade ile ağrı, distres ve ızdırabın davranışsal görünümüdür. Ağrı davranışlarına örnek olarak ağrısı olan bireylerin yüzünü buruşturması, ağrıyan yerlerini ovalaması gösterilebilir (28).

Ağrı Hafızası: Ağrı hafızası, C ve A-delta liflerinin uyarılması ile oluşan ağrının hissedildiği zaman, süresi ve yeniden hatırlanabilmesidir. Ağrılı uyaran ortadan kalktıktan sonra ağrının hissedilmesi iyileşme için gereklidir. Periferik nosiseptif

uyarım sona erdikten sonra SSS tarafından ağrı duyumu oluşturulmaktadır. Bu durum doku tamiri için fizyolojik bir mekanizmadır (37).

4.6. Ağrının Algılanması

Ağrı çok boyutlu bir deneyim olup; nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, kültürel, dinsel, bilişsel ruhsal ve çevresel bir durumdur. Bu deneyim kişilerin hayatları boyunca karşı karşıya kaldıkları ağrılı uyaranlarla kazanılır (7). Ağrının algılanması dokulardaki ağrı reseptörleri olan nösiseptör ile başlar. Nösiseptör deride, derialtı dokuda, kan damarlarında, iskelet kaslarında, fasyada, tendonlarda, periostta, eklemlerde ve korneada bulunan deride sonlanan serbest sinir uçlarıdır. Bu ağrı reseptörlerini üç tip uyaran uyarır. Bunlar; mekanik, termal ve kimyasal ağrı uyaranlarıdır. Ağrı reseptörlerinin adaptasyon zayıflığı vardır ya da hiç adaptasyon olamazlar. Bu durumda da ağrıya neden olan uyarı devam ettiği sürece kişi bunun farkında olur (38).

Nösiseptörler, miyelinsiz C lifleriyle miyelinli A delta liflerinin distal uçlarındadır; küçük kan damarları ve mast hücreleri kenarında sonlanmaktadır. A-delta liflerinin uçları genellikle uyarıldıkları etkene göre mekanik veya termal nösiseptör adını alır ve iletilen ağrı keskin, iğneleyici, iyi lokalize edilen karakterdedir. Myelinli oldukları için ağrıyı hızlı (5- 30 m/sn) iletirler. C liflerinin ucu olan polimodal nösiseptörler şiddetli, mekanik, kimyasal, sıcak ve soğuk uyaranlarla aktive olur ve künt, yaygın bir ağrı ve hiperstezi oluşturur. Myelinsiz oldukları için ağrıyı yavaş (0,5- 2 m/sn) iletirler (39, 40).

Ağrı, periferde bulunan ağrıya hassas nösiseptörlerin aktivasyonu ya da hasar görmüş dokudan salınan mediyatörler tarafından, medulla spinalise afferent iletimi ve dorsal boynuz üzerinden yüksek merkezlere ileti aşamaları ile gerçekleşir (11).

Ağrı ileti sisteminin tümünü anlatan nösisepsiyon dört fizyolojik olayı içerir (7);

1. Ağrının hissedilmesi (Transdüksiyon); sensoryel sinir uçlarında noksiyoz uyarımın elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir.
2. Ağrının iletilmesi (Transmisyon); ilgili yapılardaki bilginin SSS'ne iletilmesidir. Transmisyonda nöral yollar üç bileşenden oluşur: Spinal korda ulaşan primer sensoryel afferent nöronları, spinal korddan beyin sapı ve

talamusa uzanan çıkan kontrol sistemi nöronları ve talamokortikal projeksiyon.

3. Ağrının düzenlenmesi (Modülasyon); transmisyon iletisinin inen nöral yollar ile azaltılmasıdır.
4. Ağrının algılanması (Persepsiyon); transmisyon ve transdüksiyon ile subjektif, emosyonel ve kişisel psikolojik özelliklerin etkileşerek ağrının algılanmasının sağlandığı son aşamadır.

4.7. Ağrı Teorileri

Ağrının karmaşık doğasını açıklamaya çalışan teoriler 1800’li yıllarda geliştirilmeye başlanmıştır ve günümüzde de nörofizyolojik, psikolojik ve sosyal araştırmalar ağrı teorilerine katkı sağlamıştır (35).

4.7.1. Kapı Kontrol Teorisi

Melzack ve Wall’un 1965 yılında ileri sürdükleri kapı kontrol teorisi ile birlikte ağrı sürecinde MSS’nin rolü önem kazanmış ancak MSS’deki uzun süreli değişiklikleri tam olarak açığa kavuşturamamıştır. Kapı kontrol teorisine göre, ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır. Sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder ve kapı açık ise ağırlı uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise ulaşamaz ve ağrı hissedilmez (35, 41).

Deriden gelen uyarılar spinal korda, dorsal kolon, arka boynuz, santral transmisyon hücreleri (T hücreleri) ve substantia gelatinoza hücreleri ile iletilirler. Substantia gelatinozadaki kapı hücreleri presinaptik inhibisyona yol açarlar, büyük ve küçük sinir uçlarını inhibe ederler. Küçük lifler uyarı olmadan iletebilirler. Kuvvetli uyarılar özellikle kalın lifler üzerine etki eder. Bunlar kapı hücrelerini uyararak T hücrelerine transmisyonu etkiler. Melzack ve Wall ince liflerin kapı hücrelerini inhibe ettiğini, kapıyı açık tuttuğunu ileri sürmektedir. Uyarı uzadığı zaman kalın lifler adapte olmakta ve küçük lifler baskın çıkmaktadır. Bu durumda da spinal korddaki kapı açılmakta ve T hücrelerinde akım artmaktadır. Çıkan yollar aracılığı ile birlikte ağırlı uyarı üst merkezlere taşınmaktadır (31).

Kapı kontrol teorisinin ağrının giderilmesi yönünde katkı sağlayan üç yönü vardır. Bunlar; deri uyarısı ağrıyı giderebilir, normal ya da aşırı girdi ağrıyı giderebilir, ağrının

nedeni ve giderilmesi konusundaki doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyla giderebilir (35).

4.7.2. Endorfin Teorisi

1973 yılında vücudun kendisinin salgıladığı opioidlere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara “Endorfin” adı verilmiştir (42). Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord uçlarındaki opioid reseptörlerde tutulurlar. Endorfin teorileri, ağrının algılanması ile ilgili kimyasal mediyatörlerin tanımlanmasına ve ağrı iletilişinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Ayrıca bu teori, ağrı algılaması ve analjezi gereksiniminin bireyden bireye farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur (35).

4.8. Yaşlılarda Ağrı Prevalansı

Genel popülasyonda ağrı prevalansı, yaşla birlikte artmaktadır (43). Ağrının yaşanmaya eşlik etmesi nedeniyle ağrının yaşanmanın normal bir parçası olarak görülmesi yanlışdır. Oysa ki ilerleyen yaş ile birlikte eklemlerde lokalize olanlar dışındaki ağrılarda azalma olduğuna dair bilgiler de mevcuttur (29). Literatürde akut ağrı, bütün yaş gruplarında aynı seyrederken kronik ağrının 65-70 yaşına kadar arttığı, 70-75 yaşlarında ise en yüksek seviyeye ulaştığı ve ileri yaş gruplarında (75 yaş ve üzeri) ise bu durumun azalmaya başladığı belirtilmektedir (8).

Dünya üzerindeki yaşlı bireylerde ağrı prevalansı, toplumdaki yaşlı bireylerin %25-50’sinin, kurumsal yerlerde yaşayan ve tedavi gören yaşlı bireylerin ise %45-80’inin ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (44).

Farklı örneklerde yapılan çalışmalarda, yaşlılardaki ağrı prevalansları da farklılık göstermiştir. Yaşlılardaki ağrı prevalansını, Miro ve ark. (45), İspanya’da %73.5, Boerlage ve ark. (46) Hollanda’da %69, yaşlılardaki kronik ağrı prevalansı Yu ve ark. (47) Tayvan’da %42, Sá ve ark. (48) Brezilya’da %41.4 olarak saptamışlardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da yaşlılardaki ağrı prevalansını Tanrıverdi ve ark. (4) %88.5, Yıldız ve ark. (3) %57.9, Gümüş ve ark. (6) %74, Şimsek ve ark. (5) ise %54.8 olarak saptamışlardır.

4.9. Yaşlılarda Ağrı Nedenleri

Yaşam süresinin uzaması, yaşlılarda ortaya çıkan sağlık sorunlarının artmasına neden olmuştur. Türkiye'de yaşayan yaşlıların %90'nın bir, %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin dört ve daha fazla sayıda hastalığı bulunduğu belirlenmiştir (49). Yaşlı bireylerin %80 kadarı, ağrıya neden olabilen kronik sağlık sorunlarından (osteoartrit, deri ülserleri, osteoporoz, kanser, anjina, diyabetik nöropati, kronik enfeksiyonlar, parkinson hastalığı ve yaralanmalar) en az birine sahiptir. Birçok sistemi aynı anda tutan hastalıklar ve kronik hastalıklar yaşla birlikte artan ağrı sıklığının ana nedenidir (50).

Yaşlı bireylerde ağrı çoğunlukla kas-iskelet sisteminden kaynaklanmakta, bunu romatizmal hastalıklar izlemektedir (7, 16, 51). Dünya Sağlık Örgütü yaşlılarda kas-iskelet sistemi sorunlarının %7-24 oranında görüldüğünü belirtmektedir (52). Kore'de yaşlı kişilerin kas-iskelet sisteminden kaynaklanan ağrı prevalansını belirlemek için yapılan 1118 kişinin katıldığı araştırmada, üst ekstremité, bel ve alt ekstremité ağrı prevalansları sırasıyla %62.6, %72.6 ve %45.7 olarak saptanmıştır. Alt ekstremité ağrısının prevalansı yaşla artarken, üst ekstremité ve bel ağrısının yaşla beraber artış göstermediği bulunmuştur (53). Brown ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, yaşlı bireylerin %74.2'sinin kas-iskelet sistemi ağrısının olduğu belirlenmiştir (54).

Genellikle ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan demans hastalığı, ağrının varlığını saklayabilir ve ağrının değerlendirilmesini karmaşıklaştırır. Demans, ağrı eşiğini ve deneyimini etkilemektedir. Alzheimer hastalarında ise değişmeyen bir ağrı eşiği ve artan bir ağrı toleransı vardır (55).

4.10. Yaşlılarda Ağrı Mekanizması

Yaşlanmayla birlikte ağrı algılaması üzerine etkili olan duysal, otonomik ve hipotalamik sistemlerde değişiklikler meydana gelmektedir (1).

Bu değişiklikler arasında; beyinde beyaz maddede atrofi gelişmesi, beyin hacminin azalması, dentrit yapısının değişmesi sayılabilir. Ayrıca yaşlılarda, primer afferent nöreseptif fonksiyonda azalma, periferik duysal iletimde latensi süresinin uzaması, miyelinli ve miyelinsiz sinir yoğunluğunda azalma söz konusudur (56). Elektroansefalografik değerlendirmelerle yapılan bazı araştırmalarda, yaşlanmaya bağlı olarak ağırlı uyarana yanıtta kortikal aktivasyonun azaldığı ve noksiyus bilginin bilişsel oluşumunun yavaşladığı öne sürülmüştür (7).

Sonuç olarak, santral ve periferik sinir sistemi fonksiyonlarında yaşa bağlı olarak bazı değişimler olmakta ve bu değişimlerin yaşlılarda ağrı duyarlılığını azaltacağı beklenmektedir. Ayrıca, yaşla birlikte ciltte oluşan değişiklikler nedeni ile kütanöz ağrı duyarlılığı azalmaktadır (7).

4.11. Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

Ağrının en güvenilir ve en kolay değerlendirme yolu, kişiye ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak bazı yaşlı bireyler ile düzgün bir diyalog kurulamadığı gibi, yanıt alınan bazı yaşlılarda ise kendini tam ve yeterli olarak ifade edememe durumu olabilir ve bu durum yaşlı bireylerde değerlendirme yapmayı zorlaştırabilir. Diyalog kurulabilen yaşlılarda, ağrı şiddetini değerlendirmek gereklidir. Çünkü sadece "ağrının olması" değerlendirme için yeterli olmayabilir. Bu yüzden ağrı değerlendirilmesinde, ağrı şiddeti düzeyini ifade edebilmek için sıralanmış sayı, kelime ya da işaretlerden yararlanılmalıdır (57).

Ağrı değerlendirilmesinde, tek boyutlu ya da çok boyutlu ağrı değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçek doğrudan ağrıyı ölçmeye yönelik olup, bireyin kendisi değerlendirme yapar. Tek boyutlu ölçekler arasında Sözel Kategori, Sayısal ve Görsel Kıyaslama Ölçeği ve Burford Ağrı Termometresi yer almaktadır (57, 58).

Çok boyutlu ölçek ise geniş kapsamlı hazırlanmış, ağrıyı tanımlayıcı ifadelerin yer aldığı skalalardır (59). Çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına rağmen ağrı değerlendirmesinin daha uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması, bu ölçeklerin özellikle akut ağrı ya da tedavi etkinliğini değerlendirmesinde ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlamaktadır. Bu ölçekler ağrının yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler ve ağrının şiddeti gibi birçok boyutu aynı anda değerlendirmektedir (35). Çok boyutlu ölçekler arasında Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu, Dartmouth Ağrı Soru Formu, West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Ağrı Algılama Profili, Davranış Modelleri yer almaktadır (57).

4.12. Yaşlılarda Ağrı Yönetimi

Ağrının yaygınlığı ve yaşlı insanlardaki yetersiz tedavisi; yetersiz tedavi sonucu ortaya çıkan zararlı sonuçlarıyla beraber kişiye, ailesine ve topluma bir yük teşkil eder.

Yaşlılar, çoğu zaman bilişsel ve duysal bozukluk yüzünden, ağrı tedavisi denemelerinden hariç tutulurlar. Ağrının yetersiz tedavisi, kronik ağrı sendromlarının gelişmesine sebep olabilir. Bu durum da tedaviyi zorlaştırır ve uzun süreli yaşam kalitesini etkiler (60).

Ağrıyı tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir. Bu yüzden ağrı tedavisindeki amaç; yaşlıların ağrıyı hissetmesini tamamen engellemek değil, ağrının yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini etkilemesini ve yaşam kalitesini bozmasını engellemektir (61).

4.12.1. Yaşlılarda Ağrı Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler

Yaşlı insanlarda meydana gelen fizyolojik değişiklikler, duysal ve motor kayıplar, mental sorunlar, beslenme bozukluğu, kronik hastalıkların varlığı gibi sağlık sorunlarının yaygın olması sebebiyle, ilaç kullanımında dikkatli olunması son derece önemlidir. Ayrıca yaşlılarda sık görülen çoklu ilaç kullanımı, ilaç etkileşimleri ve ilaç yan etkilerinin görülme olasılığı birçok soruna yol açmaktadır. Yaşlanmayla birlikte ilaçların metabolizma, emilim, eliminasyon ve dağılım hacimleri de etkilenmektedir. Yaşlılıkta analjezik kullanımı sırasında ilaç etkileşimlerine ve ilacın yan etkilerine sık rastlanır. Bu sebepten dolayı yaşlılarda ilaç kullanımına dikkat edilmelidir (62).

Yaşlı bireylerde, ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik yöntem olarak ağrının özelliğine göre nonopioid analjezikler, opioid analjezikler ve adjuvan analjezikler kullanılmaktadır (63, 64). Yaşlı bireylere uygun analjezik veya yardımcı ilaçların farmakolojik özellikleri göz önünde bulundurularak, “düşük dozlarda başla ve yavaş artır” ilkesi ile yeterli doza ulaşılarak tedavi düzenlenmelidir (64).

4.12.1.1. Non Opioid Analjezikler

Ağrı tedavisinde ilk yaklaşım olarak kullanılan bu grup ilaçların büyük bir bölümü analjezik, antipiretik, antienflamatuvar etkilerin üçüne de sahiptir. Hafif ve orta şiddetteki ağrılarda kullanılırlar. Yalnız başlarına kullanıldıkları gibi, çeşitli adjuvan ilaçlar veya opioid ilaçlar ile birlikte de kullanılabilirler (64).

Non opioid analjezikler; asetaminofen, aspirin, nonsteroidal antienflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve metamizoldür (8, 65).

Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçların en sık yan etkileri gastrointestinal sistemde ortaya çıkmakla birlikte, hematolojik ve renal yan etkiler de sık görülmektedir. Antienflamatuvar ilaçlar, yaşlı hastalarda nadiren baş ağrısına, kognitif yetersizliğe, konstipasyona yol açabilirler. Böbrek problemi, siroz gibi karaciğer hastalığı, kalp hastalığı olan, diüretik, antihipertansif, antidiabetik, lityum, dijital preparatları alan yaşlı hastada yararından çok zararı olabilir. Antikoagulan alan yaşlı bireylerde kesinlikle kullanılmamalıdır. Özellikle de uzun yarılanma ömrü olan NSAİİ'ler, yaşlı hastada tercih edilmemelidir. Parasetamol ve metamizolün, gastrointestinal sisteme ve trombositlere etkileri yoktur ve yaşlı hastalarda da yaygın olarak kullanılmaktadır (66).

4.12.1.2. Opioid Analjezikler

Opioidler şiddetli ağrıların tedavisinde çok yararlı ilaçlardır ve ağrıyı gidermek için SSS'ni etkiler. Endojen opioidlerde olduğu gibi SSS'ne ve gastrointestinal kanala dağılmış olan opioid reseptörlerine bağlanır ve bu reseptörler ağrı geçişini durdurur (62).

Opioidler; etkilerine göre, kuvvetli opioidler (morfin, hidromorfon, metadon, levorfanol, meperidin) ve zayıf opioidler (propoksifen, kodein, oksikodon, hidroksidon olarak) sınıflandırılabilirler (62).

Yaşlılar, opioid farmakokinetiğinde değişim ve yarı ömürlerinde uzama nedeniyle, gençlerde kullanıldıkları dozlardan daha düşük dozlarda rahatlatma sağlar. Opioidlerin yan etkilesi ve tolerans gelişimi de yaşlıda daha kolay ve daha sık görülür (8, 62). Tolerans uygulanan doza, kullanım yoluna, tekrarlama sıklığına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Diğer bir yan etki ise fiziksel ve psikolojik bağımlılıktır. Ayrıca, sedasyon, konstipasyon, bulantı, kusma, letarji, konsantrasyon bozukluğu, solunum depresyonu gibi yan etkiler de görülebilir. Kafa travmalarında, pulmoner fonksiyon bozukluğunda ve karaciğer yetmezliğinde kullanılmamalıdır (62).

4.12.1.3. Adjuvan İlaçlar

Analjezik olarak üretilmedikleri halde, bazı ağrılı durumlarda faydalı olabilen, nörotransmitterler aracılığıyla analjezik etki gösterebilen, analjeziklerin yan etkilerini önleyen ve analjeziklerin etkilerini arttıran ilaçlara adjuvan analjezikler adı verilmektedir. Adjuvan analjezikler; antidepresanlar, antikonvülsanlar, kortikosteroidler, anksiyolitikler, nöroleptikler olarak sınıflandırılmaktadır (8, 67).

Yaşlı hastalarda geleneksel analjeziklerin kullanımında olduğu gibi, adjuvan analjeziklerin kullanımlarında da risklerin göreceli olarak artacağı unutulmamalı, ilaç seçimi çok dikkatli yapılmalı, seçilen ilaç düşük doz başlanmalı, doz titre edilerek çok yavaş artırılmalı, yan etkiler bakımından sık izlenmelidir. Ağrı için kullanılan en yaygın adjuvan ilaç, antidepresanlardır. Antikonvülsan ilaçlar da nöropatik ağrı tedavisinde oldukça yaygın kullanılmaktadır (68).

4.12.2. Yaşlılarda Ağrı Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Yaşlı bireylerde ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemlerle birlikte farmakolojik olmayan yöntemlerde kullanılmalıdır (63). Farmakolojik olmayan yöntemler, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesidir. Farmakolojik olmayan yöntemlerin tek başına ya da farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması, ağrının şiddetini azaltıcı yönde etki gösterdiği tespit edilmiştir. Farmakolojik olmayan yöntemler, Periferik Teknikler, Kognitif-Davranışsal Teknikler ve bu iki yöntemin dışında kalan diğer teknikler (akupunktur, plasebo uygulaması, cerrahi tedavi gibi) olarak sınıflanabilir (69).

4.12.2.1. Periferik Teknikler

Periferik teknikler, ağrıyı azaltmada kullanılan deri uyarım girişimlerini içerir. Deri uyarımı, ağrıyı gidermek için geçici amaçlı yapılır. Deri uyarımının ağrıyı gidermedeki etkisi iki şekilde açıklanmaktadır; birincisi kapı kontrol teorisine göre, deri uyarımı büyük çaplı lifleri uyarır, bu uyarım ağrı mesajını taşıyan küçük çaplı lifleri baskılar ve ağrı olarak hissedilen uyarıların geçişine kapıyı kapar. İkincisi de, bazı deri uyarılarından vücudun doğal morfini olan endorfinlerin salınımı artar, böylece ağrı azalır ya da giderilir. Sıcak uygulama, soğuk uygulama, deriye mentol uygulama, Transkütan Elektriksel Nöron Stimilasyonu (TENS), masaj gibi deri uyarım teknikleridir (69).

Sıcak uygulama: Lokal sıcaklık; kapı kontrol teorisi ile ağrı kontrolünü sağlar, vazodilatasyon ile iskemik ağrıyı azaltır, endorfin salınımını artırır, sinir iletim hızını değiştirir, ağrı eşiğini yükseltir, genel sedasyonu sağlar, ağrılı kas spazmını çözerek ağrıyı azaltır. Yaşlılarda ayrıca dikkat edilmesi gereken sıcak uygulama özellikle duyuların azaldığı bölgeye uygulandığında ya da kişinin kognitif fonksiyonları tam değilse sıcaklık 40-45°C arasında olmalıdır (70).

Soğuk Uygulama: Soğuk, sinir uçlarının duyarlılığının azalması, enflamasyonun baskılanması, kas spazmı ve kasılmanın azalması gibi etkilerle ağrıyı azaltır. Küçük miyelinsiz liflerin ileti hızını ve sinaptik aktivitesini etkiler ve özellikle abdominal ağrılar, bel ağrısı ve nöral kökenli ağrılarda etkilidir. Soğuk uygulama da tıpkı sıcak uygulama gibi ağrı eşiğini etkiler ve sıcak uygulamaya göre daha hızlı ve ağrıyı daha uzun süre kontrol altına alır (70).

Masaj: Vücut dokularının sistematik ve bilimsel yoldan terapötik amaçlarla el ile çalıştırılmasıdır. Masaj derideki periferik reseptörlerin uyarılması ve uyarıların spinal kolondan serebelluma taşınmasıyla rahatlama ve gevşemeyi ortaya çıkarır. Masaj, ağrının giderilmesi, adezyonların azaltılması, şişliğin indirilmesi ve kas dokularının gevşetilmesi durumlarında oldukça yararlı bir yöntemdir (31).

Egzersiz: Egzersiz, kas kuvvetini ve elastikiyeti artırır, dolaşım ve hareketleri düzenler. Artan yaşla birlikte fiziksel kapasitede azalma görülür ve bu durum da günlük yaşamı olumsuz etkiler. Bu durum, egzersiz ile düzeltiler. Egzersiz yaşlılarda ağrının azaltılmasında da etkili olur (31, 70).

Deriye mentol uygulama: Mentol içeren maddelerin lokal olarak uygulanışı, bir tür eksternal analjezi sağlar. Mentol uygulama, dikkati başka yöne çekerek ya da ağrı algılamasını azaltarak da ağrıyı hafifletir. Ayrıca literatürde kremdeki mentolün, korteksi uyararak ağrı kapısını kapatması ya da endorfinlerin salınımını artırarak ağrıyı hafiflettiği belirtilmektedir (69).

Transkütan Elektiriksel Nöron Stimilasyonu (TENS): Transkütan Elektiriksel Nöron Stimülasyonu, cilde yerleştirilen elektrotlarla sinir sistemine kontrollü düşük voltajlı elektrik akımı uygulama yöntemi olarak tanımlanabilir ve duyuşal A liflerini yüksek frekans stimülasyonu ile uyarır. Bu stimülasyonun impulsları, beyine giden yolu kaplar, kapıyı ağrının geçişine kapatır ve vücuttaki doğal opioidlerin salınımını başlatır. Böylece ağrının algılanmasını etkiler (69).

4.12.2.2. Kognitif-Davranışsal Teknikler

Kognitif-davranışsal teknikler, ağrıyı gidermede duyuşal faktörlerle oluşturdukları değişiklik yoluyla etki gösterirler. Kognitif-davranışsal teknikler, gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik, hayal kurma ve bilişsel stratejilerdir (69).

4.12.2.3. Periferik ve Kognitif-Davranışsal Dışındaki Diğer Teknikler

Plasebo: Plasebo, farmakolojik faaliyeti olmayan ancak görünüm itibarıyla aktif bir ilacın tıpatıp benzeri olan bir madde olarak tanımlanmaktadır. “Plasebo etkisi” ise, farmakolojik veya tedavi edici özelliklerinden bağımsız olarak telkin yoluyla etki yapan her türlü yöntem ya da maddenin etkisidir. Plasebo almakta olan yaşlı bireylere, aslında sadece etkisiz bir ilaç değil, beraberinde destek, ilgi ve güvence de verilmekte; bu da terapötik işbirliğini ve olumlu beklentiyi desteklemektedir. Ağrının kontrol altına alınmasında kullanılan bir yöntemdir. Daha çok psikolojik kaynaklı ağrılarda kullanılmaktadır (71).

Cerrahi Tedavi Yöntemleri: Medikal tedavi başta olmak üzere, tüm invaziv olmayan tedavilere yanıt vermeyen ağrılı durumlara yönelik olarak uygulanabilecek cerrahi tedavi yaklaşım, hasta ve yakınları uygulanacak olan cerrahi yöntem ve olası komplikasyonları ile ilgili olarak bilgilendirildikten sonra yapılmalı ve yaşlı hastanın tolere edebileceği en uygun teknik seçilmelidir (69).

Sinir Blokları: Ağrı tedavisinde, sinir blokları önemli bir yere sahiptir. Sinir iletiminde uzun süreli veya kalıcı kesinti uygulamak amacıyla, kimyasal ajanlar ya da fiziksel uygulamalarla yapılan girişimlerdir. Sinir blokları tedavi amacıyla olduğu kadar tanı ve prognozu belirlemek amacıyla da kullanılmaktadır (69).

Akupunktur: Akupunktur ile ağrının kontrolü, akupunktur noktasına batırılan akupunktur iğnesi ile başlayan uyarılar, MSS’de kortekse kadar ulaşır ve mezensefalonda periakvaduktal gri cevher ve periventriküler bölgedeki nöronlar uyarılarak, ağrı kontrol sistemini harekete geçirmesiyle meydana gelir. Ağrı kontrol sisteminin harekete geçmesiyle beyin dokusunda ve plazmada beta endorfin, enkefalin, serotonin ve norepinefrin düzeylerinde yükselme meydana gelerek oluşan analjezik ve antienflamatuar etkiden dolayı ağrı kontrol altına alınır (72).

4.13. Yaşlılarda Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, yaşlılara verilen hizmetlerin planlanmasında, sunulmasında ve geliştirilmesinde aktif rol ve sorumluluk alan sağlık profesyonelleridir (73). Hemşirelerin temel hedefi yaşlıların mümkün olabilen en üst düzeyde yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilmelerini ve yaşamlarıyla ilgili kararlarını tek başlarına alabilecek duruma getirmek veya bu durumu korumaktır (74).

Ağrının etkin olarak değerlendirilmesi, ağrı kontrolünün ön şartıdır ve hemşirelik bakımının temel unsurlarından biridir. Kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi yapan hemşire, bu bilgilerin ışığında yaşlının ağrısının kontrolünde kullanılabilecek, yaşlılara uygun, farmakolojik olmayan yöntemleri seçebilir, bu yöntemleri yaşlılara öğretebilir, yaşlı ile birlikte uygulayabilir ve sonuçlarını değerlendirebilir (75).

Ağrı kontrolünde önemli bir yere sahip olan hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan özellikler; hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile baş etme stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımıdır (59, 76).

4.14. Yaşlılarda Ağrı ile Baş Etme Yolları

Baş etme tutumunu, kişinin kendi kaynaklarını aşan içsel ve dışsal gereksinimlere uyum sağlayabilmek amacıyla davranışsal ve bilişsel çabasını düzenlemesi olarak tanımlamaktadır. Ağrıyla baş etme, sorun çözmeye yönelik ve duygusal odaklı olarak iki tür baş etme tanımlamıştır . Sorun çözmeye yönelik tutumlar, ağrının kaynağına ilişkin baş etmeyi, emosyonel odaklı tutumlar ise ağrının yol açtığı duygusal etkiyle baş etme tutumlarını içerir (77). Baş etme, zaman içinde değişebilen ve içinde olduğu zamanın koşullarına bağlı olan bir süreçtir ve bireye özgü nitelik taşımaktadır (78).

Yaşlı hastaların ağrı ile baş etme tutumları hakkında genç hastalara göre kesin bir veriye ulaşmak güçtür. Bunun en önemli nedeni ise yaşlıların daha az sıklıkla ilaç kullanılmayan sağaltım merkezlerine yönlendirilmeleri, daha az sayıda oturuma katılmaları ve ağrı konusundaki araştırmalarda yeterince yer almamalarıdır (13).

Barry ve ark., yaşlılarda kanser dışı kronik ağrıyla baş etme stratejilerini araştırdıkları çalışmalarında, en yaygın kullanılan baş etme stratejilerini analjezi (%78), egzersiz (%35), bilişsel davranış metotları (%27), dini faaliyetler (%21), aktivite kısıtlaması (%20) ve sıcak veya soğuk uygulamalar (%15) olarak bulmuşlardır (79).

Ağrı yakınmasına karşı yaşlı hastalar daha çok edilgin (ağrı hakkında katastrofiye düşünceler gibi), gençler ise etkin (ağrıyı geçirmek için çabalamak gibi) baş etme tutumu sergilemektedirler. İleri yaştaki hastaların daha şiddetli ağrıları olduğu ve bu

durum yaşlılarda bir ölüm korkusuna zemin hazırladığı, bunun da çaresizlikle edilgin baş etme tutumuna sebep olduğu düşünülmektedir (13).

Kişilerin ağrı ile baş etme yollarının bilinmesi, ağrılı durumların tedavisi ve ağrı davranışının düzeltilmesi açısından oldukça önemlidir. Olumlu baş etme yollarının güçlendirilmesi, olumsuz baş etme yollarının belirlenerek söndürülmesi, ağrı iletisinin azaltılması, bilişsel yeniden yapılandırma, fizyolojik uyarılmayı azaltmak için gevşeme eğitimi, ağrı davranışına yönelik çevresel tepkileri düzeltme, analjezik ve psikoaktif madde kullanımını azaltarak aktivite düzeyini artırma, ağrı tedavisinde önemli ilkelerdir (80).



5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Giresun ili Keşap ilçe merkezinde yaşayan yaşlılarda ağrı prevalansı ve ağrıyla baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Mart 2015- Haziran 2015 tarihleri arasında, Giresun iline bağlı olan Keşap ilçe merkezinde yaşayan yaşlı bireylerle yapıldı.

Keşap İlçesinde yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %20.5'dir ve Birleşmiş Milletlerin tanımına göre Keşap İlçesi çok yaşlı bir toplumdur.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Giresun İli Keşap İlçe merkezinde yaşayan 4212 yaşlı bireyler oluşturdu. Çalışmada, tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanıldı. Bölge nüfus büyüklüğü, yaş ve cinsiyet durumu dikkate alınarak, orantılı örneklem yöntemiyle hesaplandı ve sonuçlarının tüm bölgeleri temsil etmesi sağlandı.

Örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan formülle (81), 65 yaş ve üzeri nüfusta ağrı prevalansını %77.1 (35) kabul edilerek 0.05 sapma ve %95 güven aralığında 255 kişi olarak hesaplandı.

Örneklem büyüklüğünü bulmak için evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan formül (81);

$$n = N \times t^2 \times p \times q / (d^2 \times (N-1) + t^2 \times p \times q)$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma

5.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri

Araştırma kapsamına alınan yaşlılar aşağıda belirlenen kabul ölçütlerine göre belirlendi:

- 65 yaş ve üzeri olan,
- Keşap ilçe merkezinde yaşayan,
- İletişim kurulabilen,
- Kognitif bozukluğu olmayan,
- Son altı ay içinde ameliyat geçirmemiş olan,
- Kanser tanısı olmayan ve
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Geriatrik Ağrı Ölçeği” ve “Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği” kullanılarak toplandı.

5.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (4, 77, 82). Kişisel Bilgi Formu, yaşlıların kişisel özelliklerini içeren sekiz soru (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) ve ağrı ile ilgili özellikleri içeren 12 soru (ağrının sıklığı, ağrının lokalizasyonu, ağrının günlük aktiviteleri etkileme durumu vb.) olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

5.5.2. Geriatrik Ağrı Ölçeği

Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ), Ferrell ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir (83). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Dursun tarafından 2013 yılında gerçekleştirilmiştir (82). Geriatrik Ağrı Ölçeği 24 maddelik çok boyutlu bir ölçektir, 22 madde ikili (evet, hayır) şekilde, diğer 2 madde 0-10 skalasına göre puanlandırılmaktadır. Her evet yanıtı için “1” puan verilir ve sayısal yanıtlara eklenir. Toplam puan 0-42 arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinde her bir madde 2.38 ile çarpılarak 0-100'lük sisteme dönüştürülmektedir. Ölçeğin final puan hesabı 0-100 skalasına çevrilerek hesaplanmaktadır. Geriatrik Ağrı Ölçeği'nin değerlendirilmesinde, puanlar 0-100 arasında değişmekte, 0-30 puan hafif ağrı; 30-69

puan orta ağrı; 70 puan ve üzeri şiddetli ağrı olarak belirtilmektedir (82). Bu çalışma için cronbach alpha katsayısı 0.942 olarak bulunmuştur.

5.5.3. Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği

Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği (ABÖ), birey için zorlayıcı, problem yaratıcı bir durum olan ağrı yaşantısındaki başa çıkma örüntüsünü ortaya çıkarma amacıyla, Kleinke tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (84). Bu ölçeğin Türkçe çevirisi ve güvenilirlik-geçerlik çalışması Karaca ve arkadaşları tarafından 1996 yılında gerçekleştirilmiştir (80).

Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği 29 maddeden oluşan ve yanıtları “0” hiçbir zaman, “1” çok az, “2” arada sırada, “3” sık sık şeklinde değerlendirilen dördümlük likert tipte bir ölçektir. Öz bildirime dayanan ölçek “Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” alt boyutlarını içermektedir (80).

Kendi Kendine Başa Çıkma alt boyutu negatif düşünceler, iletişim becerileri, egzersiz, gevşeme teknikleri ve ağrı eğitimi ile ilgilidir. Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyutu, ağrı üzerine olan dikkati başka yöne çevirmeyi, ağrı duyusunu tekrar yorumlama ve hayal etme tutumları olarak tanımlanmaktadır. Çaresizlik alt boyutu, seçici soyutlama, aşırı genelleştirme ve kişiselleştirme ile birlikte giden bilişsel çarpıtmanın değerlendirilmesini içerir ve ayrıca ağrıyla etkili bir biçimde başa çıkmada yetersizlik olarak tanımlanabilir. Tıbbi çare arama alt boyutu ise tıbbi tedavi ile başa çıkma yöntemi ile ilgilidir (85).

Kendi Kendine Başa Çıkma alt boyutunun alabileceği en yüksek puan 36, Çaresizlik alt boyutu ve Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyutu 24, Tıbbi Çare Arama alt boyutu ise 27 puan almaktadır ve bütün alt boyutların alabileceği en düşük puan ise 0’dır.

Bu çalışma için Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği için Kendi Kendine Başa Çıkma alt boyutunun cronbach alpha katsayısı 0.787, Çaresizlik için 0.805, Bilinçli Bilişsel Girişimler için 0.672, Tıbbi Çare Arama için ise 0.742 olarak bulunmuştur.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından ev

ziyaretleri gerçekleştirilerek toplandı. Bir yaşlıyla görüşme yaklaşık bir saat sürdü. Veriler, her mahallede bir cami ya da okul gibi bir başlangıç noktası seçilerek, yaşlıların adres listesine göre başlangıç noktasına en yakın olan ve araştırma kriterlerine uyan yaşlıların örnekleme alınmasıyla toplandı. Listedeki 2 kişi atlanarak diğer örnekleme alınacak kişi tespit edildi. Gidilen adreste, bireye ulaşılamadığı ya da bireyin araştırmaya katılmayı kabul etmediği durumlarda tekrar listeden 2 kişi atlanarak bir sonraki kişiye ulaşıldı.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece Giresun İli Keşap İlçe merkezinde, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı bireylerin alınması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Veriler yaşlıların beyanına dayanmaktadır. Bulgular yalnızca Keşap ilçe merkezinde yaşayan yaşlılara genellenebilir.

5.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2014/151 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda 28.01.2015 tarihli 24237859-69 sayılı etik kurul izni ve T.C. Giresun Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 17.02.2015 tarihli (sayı: 65231106) izin alındı.

Araştırmaya kabul edilen bireylere araştırmanın amacı açıklanarak, bireylerden gönüllülük ilkesine göre yazılı ve sözlü onam alındı. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler araştırma kapsamı dışında bırakıldı ve hiçbir şekilde araştırmaya dahil olmaya zorlanmadı.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16.0 yazılım paket programı ile değerlendirildi. Kişisel Bilgi Formunda yer alan yaşlı bireylerin tanıtıcı bilgilerine ve ağrı özelliklerine ait verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde kullanıldı.

Geriatrik Ağrı Ölçeğindeki puan ortalaması ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeğindeki Alt Boyutların analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, minimum ve maksimum değerlerin analizleri yapıldı. Gruplar karşılaştırılmadan önce, verilerin normal dağılımına uygunluklarını saptamak için Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Gruplar arası

karşılaştırmada Oneway Anova testi, Kruskall Wallis testi ve Student t testi kullanıldı. Oneway Anova test için farklılığın neden olduğu grubun tespitinde Bonferroni testi uygulandı. Kruskall Wallis testinde ise farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi yapıldı ve Bonferroni düzeltmesi uygulanarak üçlü gruplar için anlamlılık $p=0.016$, dörtlü gruplar için anlamlılık $p=0.0125$ düzeyinde kabul edildi. Veriler, %95 güven aralığında, anlamlılık $p=0.05$ düzeyinde değerlendirildi.



6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan yaşlıların sosyodemografik ve ağrı ile ilgili özellikleri, ağrı prevalansı, ağrıyla başa çıkma yöntemleri, geriatrik ağrı ölçeği puan ortalamaları, ağrıyla başa çıkma ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=255)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş	65-74	125
	75-84	111
	85 >	19
Cinsiyet	Kadın	151
	Erkek	104
Eğitim	Okuryazar değil	91
	İlkokul	114
	Ortaokul	19
	Lise ve üzeri	31
Medeni durum	Evli	183
	Bekar	72
Ekonomik durum	İyi	39
	Orta	168
	Kötü	48
Yaşlının bakımından sorumlu olan kişi	Kendisi	188
	Eşi	19
	Çocukları	48
Günlük aktivitelerde desteğe gereksinim duyma	Evet	148
	Hayır	107
Günlük aktivitelerinde desteğe gereksinim duyulan durumlar (n:148)*	Alış/veriş	22
	Hastaneye gitme	107
	Ekonomi	19
Kronik hastalık	Evet	202
	Hayır	53
Kronik Hastalık Tanısı**	Hipertansiyon	168
	Diyabetes Mellitus	69
	Astım	25
	Osteoporoz	20
	KOAH***	3
	Parkinson	3

* Yüzdelere soruya “Evet” yanıtı veren katılımcılar üzerinden hesaplandı.

**Birden fazla seçenek işaretlendiği için satır yüzdesi alınmıştır.

*** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Tablo 1’de yaşlıların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Yaşlıların %49’u 65-74 yaş aralığında (yaş ortalaması 74.58±6.65), %59.2’si kadın, %44.7’si ilkokul mezunu, %71.8’i evli, %65.9’nun ekonomik durumu orta düzeyde ve %73.7’si

kendi bakımını sürdürebilmektedir. Yaşlıların %58'i bazı günlük aktivitelerini yaparken desteğe gereksinim duymakta ve bu desteğe en fazla (%72.3) hastaneye giderken ihtiyaç duymaktadır. Yaşlıların %79.2'sinin kronik hastalığı vardır ve kronik hastalıklar arasında ilk sırada hipertansiyon (%65.9) yer almaktadır.

Tablo 2. Yaşlıların Ağrı ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=255)

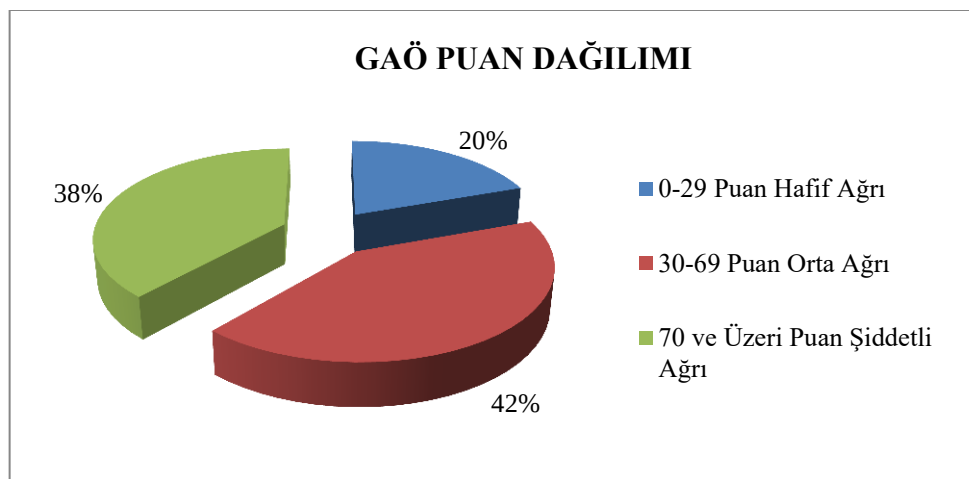
Ağrı ile ilgili Özellikler		n	%
Ağrının nedenleri	Yaşlılık	74	29.0
	Fiziksel Aktivite	53	20.8
	Romatizma	37	14.5
	Bakımsızlık	26	10.2
	Kireçlenme	20	7.8
	Fıtık	18	7.1
	Stres	12	4.7
	Sigara	9	3.5
	Menüsküs	6	2.4
Ağrı sıklığı	Hemen her gün	129	50.6
	Haftada birkaç defa	92	36.1
	Ayda birkaç defa	15	5.9
	Fiziksel aktivite sırasında	12	4.7
	Belirli bir zamanı yok	7	2.7
Ağrının lokalizasyonu	Sırt-Bel	112	43.9
	Bacak-Diz	97	38.0
	Baş	20	7.8
	Göğüs	16	6.3
	El-Kol	10	3.9
Ağrının günlük aktiviteleri etkileme durumu	Evet	152	59.6
	Hayır	103	40.4
Ağrının kendi bakımını etkileme durumu	Evet	103	40.4
	Hayır	152	59.6
Ağrının uykusunu etkileme durumu	Evet	115	45.1
	Hayır	140	54.9
Yaşlı yakınlarının ağrıya ilişkin tutumları	Önemsiyor	146	57.3
	Önemsemiyor	109	42.7
Ağrı yakınması nedeniyle bir sağlık kurumuna başvurma sıklığı	Her hafta	13	5.1
	Ayda bir kaç kez	94	36.9
	Üç ayda bir	63	24.7
	Ağrı şiddetli olursa	85	33.3
Ağrısını ifade edebilme durumu	Evet	230	90.2
	Hayır	25	9.8
Ağrıyla baş etme yöntemleri	Analjezik	218	85.5
	Masaj	13	5.1
	Bitkisel kremler	9	3.5
	Fizik tedavi	7	2.7
	Bitki çayları	5	2.0
	Kaplıcalar	2	0.8
	Dua Etmek	1	0.4

Tablo 2’de yaşlıların ağrı ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Yaşlılar ağrı nedenlerini sıklıkla; yaşlılıkla (%29), fiziksel aktiviteyle (%20.8) ve romatizmayla (%14.5) ilişkili olduğunu ifade etmektedirler. Yaşlıların %50.6’sı hemen her gün ağrı deneyimlediğini ve %43.9’u ağrının en fazla sırt-bel bölgesinde lokalize olduğunu belirtmektedir. Yaşlıların ağrı nedeniyle, %59.6’sı günlük faaliyetlerini, %40.4’ü kendi bakımını yapamadığını ve %45.1’ i uykusunun etkilendiğini ifade etmektedir. Yaşlıların %57.3’ü yakın çevresinin ağrısını önemseydiğini, yaklaşık üçte biri (%33.3) ağrısı çok şiddetli olduğunda bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu ve çoğunluğu (%90.2) ağrısını yeterince ifade edebildiğini belirtmektedir. Yaşlılar ağrıyla baş etme yöntemi olarak en fazla (%85.5) ağrı kesici kullandıklarını ifade etmektedir.

Tablo 3. Yaşlılarda Ağrı Prevalansı (n=255)

Ağrı Prevalansı		n	%
Son bir ayda ağrı deneyimleme durumu	Evet	236	92.5
	Hayır	19	7.5
Hiç geçmeyen ağrı deneyimleme durumu	Evet	188	73.7
	Hayır	67	26.3

Tablo 3 incelendiğinde; yaşlılarda herhangi bir nedenle son bir ayda deneyimlenen ağrı prevalansı %92.5, kronik ağrı prevalansı ise %73.7 olarak bulunmuştur.



Şekil 2. Yaşlılarda Geriatrik Ağrı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Şekil 2’de yaşlıların Geriatri Ağrı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, yaşlıların %20’si (n=50) hafif düzeyde ağrı, %42’si (n=107) orta düzeyde ağrı ve %38’i (n=98) şiddetli düzeyde ağrı deneyimlemektedir.

Tablo 4. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Geriatrik Ağrı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=255)

Sosyodemografik özellikler		Geriatrik Ağrı Ölçeği		
		n	Ort. $\pm$ SS	
Yaş	65-74	125	46.82 $\pm$ 25.58	KW=27.143 p=0.000
	75-84	111	62.52 $\pm$ 25.29	
	85>	19	65.26 $\pm$ 22.93	
Cinsiyet	Kadın	151	62.23 $\pm$ 21.14	t=5.395 p=0.000
	Erkek	104	44.58 $\pm$ 28.38	
Eğitim	Okuryazar değil	91	66.64 $\pm$ 20.80	KW=41.856 p=0.000
	İlkokul	114	53.67 $\pm$ 25.00	
	Ortaokul	19	38.08 $\pm$ 28.30	
	Lise ve üzeri	31	36.31 $\pm$ 22.60	
Medeni durum	Evli	183	51.25 $\pm$ 26.30	t=4.139 p=0.000
	Bekar	72	64.62 $\pm$ 21.89	
Ekonomik durum	İyi	39	42.35 $\pm$ 24.91	F=15.592 p=0.000
	Orta	168	53.47 $\pm$ 25.89	
	Kötü	48	70.80 $\pm$ 17.83	
Yaşlının bakımından sorumlu olan kişi	Kendisi	188	50.58 $\pm$ 24.83	KW=28.367 p=0.000
	Eşi	19	61.13 $\pm$ 28.63	
	Çocukları	48	70.06 $\pm$ 22.49	
Günlük aktivitelerde desteğe gereksinim duyma	Evet	148	65.88 $\pm$ 20.95	t=8.860 p=0.000
	Hayır	107	40.02 $\pm$ 24.39	
Kronik hastalık	Evet	202	58.49 $\pm$ 24.25	t=-4.320 p=0.000
	Hayır	53	41.85 $\pm$ 27.48	
Geriatrik Ağrı Ölçeği puan ortalaması		255	55.03 $\pm$ 25.80	

Tablo 4’de incelendiğinde, yaşlıların GAÖ puan ortalamaları 55.03 $\pm$ 25.80 olarak bulunmuştur. Yaşlılarda, kadınların (62.23 $\pm$ 21.14), bekar olanların (64.62 $\pm$ 21.89), günlük aktivitelerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyanların (65.88 $\pm$ 20.95) ve kronik hastalığı olanların (58.49 $\pm$ 24.25) ağrı puan ortalamaları daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0.000).

GAÖ puan ortalamaları yaş grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0.000$). 65-74 yaş arasında olan yaşlıların ağrı puanı (46.82 ± 25.58) diğer gruplara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0.016$) ancak 75-84 yaş grubu ile 85 ve üzeri yaş gruplarının ağrı puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.016$). Geriatrik Ağrı Ölçeği puan ortalamaları ile eğitim durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0.000$). Okuryazar olmayan yaşlıların ağrı puanı (66.64 ± 20.80) diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0.0125$). Ortaokul, lise ve üzeri okullardan mezun olanlar arasında ise anlamlı bir farklılık olmazken ($p>0.0125$), ilkokul mezunu olanlar ile diğer gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.0125$). Bu sonuca göre eğitim düzeyi arttıkça ağrı puan ortalaması azalmaktadır. Geriatrik Ağrı Ölçeği puan ortalamaları ile yaşlıların bakımından sorumlu olan kişi arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0.000$). Yaşlıların bakımından çocuklarının sorumlu olduğu grubun aldığı ağrı puanı (70.06 ± 22.49), kendi bakımını üstlendiği gruba göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.016$). Yaşlıların bakımından eşinin sorumlu olduğu gruplar ile diğer grupların ağrı puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.016$).

Geriatrik Ağrı Ölçeği puan ortalamaları ile ekonomik durum arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0.000$). Ekonomik durumu kötü olan yaşlıların ağrı puanı (70.80 ± 17.83) diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). Ekonomik durumla ilgili grupların hepsinde ağrı puanı anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$).

Tablo 5. Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	n	Ort. $\pm$ SS	Min.	Max.
Kendi Kendine Başa Çıkma	255	18.71 $\pm$ 6.89	5.00	35.00
Çaresizlik	255	11.11 $\pm$ 5.69	0.00	24.00
Bilinçli Bilişsel Girişimler	255	12.20 $\pm$ 4.56	2.00	24.00
Tıbbi Çare Arama	255	9.69 $\pm$ 5.68	0.00	23.00

Tablo 5’te yaşlıların Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyut puan ortalamaları “Kendi Kendine Başa Çıkma” boyutunda 18.71 $\pm$ 6.89 puan, “Çaresizlik” boyutunda 11.11 $\pm$ 5.69 puan, “Bilinçli Bilişsel Girişimler” boyutunda 12.20 $\pm$ 4.56 puan ve “Tıbbi Çare Arama” boyutunda 9.69 $\pm$ 5.68 puan bulunmuştur.

Tablo 6. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=255)

Sosyodemografik Özellikler		N	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama
			Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS
Yaş	65-74	125	18.71±6.17	9.59±5.29	11.82±4.11	8.86±5.32
	75-84	111	18.89±7.15	12.00±5.65	12.55±4.69	10.21±5.70
	85>	19	17.68±9.75	15.79±5.08	12.68±6.39	12.16±7.03
			KW=0.935 p=0.627	KW=22.965 p=0.000	KW=1.540 p=0.463	KW=6.175 p=0.046
Cinsiyet	Kadın	151	18.08±6.82	11.80±5.61	11.56±4.56	10.01±5.57
	Erkek	104	19.63±6.94	10.09±5.69	13.13±4.43	9.23±5.84
			t=-1.777 p=0.077	t=2.371 p=0.018	t=-2.737 p=0.007	t=1.081 p=0.218
Eğitim	Okuryazar değil	91	17.57±7.55	13.14±5.55	11.29±5.31	10.80±6.24
	İlkokul	114	18.61±6.56	10.48±5.62	12.36±4.24	9.29±5.35
	Ortaokul	19	20.95±4.72	8.79±5.54	13.26±3.33	8.11±6.29
	Lise ve üzeri	31	21.09±6.57	8.83±4.69	13.68±3.41	8.90±4.31
			KW=11.094 p=0.011	KW=19.605 p=0.000	KW=12.178 p=0.007	KW=4.974 p=0.174
Medeni durum	Evli	183	19.10±6.56	10.34±5.48	12.37±4.39	9.22±5.57
	Bekar	72	17.72±7.65	13.04±5.79	11.78±4.97	10.89±5.83
			t=-1.443 p=0.150	t=3.478 p=0.001	t=-0.935 p=0.351	t=2.120 p=0.035
Ekonomik durum	İyi	39	19.03±5.57	8.46±4.49	11.72±3.15	7.64±4.34
	Orta	168	18.57±6.77	10.55±5.62	11.99±4.64	9.12±5.63
	Kötü	48	18.98±8.28	15.19±4.80	13.33±5.13	13.38±5.31
			F=0.113 p=0.893	F=19.900 p=0.000	F=1.881 p=0.155	F=14.944 p=0.000
Yaşlının bakımından sorumlu olan kişi	Kendisi	188	18.72±6.19	10.23±5.51	11.97±4.19	9.09±5.33
	Eşi	19	19.84±7.73	12.00±5.82	14.00±4.09	11.26±5.30
	Çocukları	48	18.25±8.98	14.17±5.34	12.39±5.89	11.44±6.72
			KW=1.098 p=0.577	KW=17.293 p=0.000	KW=3.158 p=0.206	KW=6.692 p=0.035
Günlük aktivitelerde desteğe gereksinim duyma	Evet	148	18.83±7.82	13.34±5.27	12.66±5.05	11.49±5.75
	Hayır	107	18.55±5.39	8.02±4.75	11.57±3.73	7.21±4.56
			t=0.338 p=0.736	t=8.282 p=0.000	t=1.987 p=0.048	t=6.633 p=0.000
Kronik hastalık	Evet	202	18.65±6.88	11.56±5.70	12.17±4.61	10.10±5.67
	Hayır	53	18.96±6.99	9.38±5.37	12.32±4.44	8.15±5.51
			t=0.294 p=0.769	t=-2.508 p=0.013	t=0.209 p=0.835	t=-2.238 p=0.026

Tablo 6'da yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre ağrıyla baş etme ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı verilmektedir. Yaşlıların Kendi Kendine Başa Çıkma puan ortalamaları ile yaş ($p=0.627$), cinsiyet ($p=0.077$), medeni durum ($p=0.150$), ekonomik durum ($p=0.893$), bakımından sorumlu olan kişi ($p=0.577$), günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyma durumu ($p=0.736$), kronik hastalığın varlığı ($p=0.769$) arasında istatistiksel olarak fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Kendi Kendine Başa Çıkma puanı ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0.011$). Eğitim düzeyi lise ve üzeri olan yaşlıların Kendi Kendine Başa Çıkma puanı (21.09 ± 6.57) eğitim düzeyi daha düşük olan gruplara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.0125$). Diğer eğitim grupları arasında Kendi Kendine Başa Çıkma puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.0125$).

Yaşlıların Çaresizlik puan ortalamaları ile yaş ($p=0.000$), cinsiyet ($p=0.018$), eğitim düzeyi ($p=0.000$), medeni durum ($p=0.001$), ekonomik durum ($p=0.000$), bakımından sorumlu olan kişi ($p=0.000$), günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyma durumu ($p=0.000$) ve kronik hastalığın varlığı ($p=0.013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Yaşlıların Çaresizlik puan ortalamaları; kadınlarda (11.80 ± 5.61), bekar olanlarda (13.04 ± 5.79), günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyanlarda (13.34 ± 5.27), kronik hastalığı olanlarda (11.56 ± 5.70) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Yaş grupları ile Çaresizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.016$) ve 85 yaş ve üzeri yaşlıların Çaresizlik puanı (15.79 ± 5.08) diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0.016$). Okuryazar olmayan yaşlıların Çaresizlik puanı (13.14 ± 5.55) diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.0125$). Diğer eğitim grupları ile Çaresizlik puanları arasında fark anlamlı değildir ($p>0.0125$). Bakımından çocuklarının sorumlu olduğu yaşlıların Çaresizlik puan ortalaması (14.17 ± 5.34), kendi bakımını üstlenen yaşlılara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.016$). Bakımından eşi sorumlu olan yaşlılar ile diğer grupların Çaresizlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.016$). Ekonomik durumu kötü olan yaşlıların Çaresizlik puan ortalamaları (15.19 ± 4.80), diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik durumu orta ve iyi olan yaşlıların Çaresizlik puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Yaşlıların Bilinçli Bilişsel Girişimler puanı ile cinsiyet ($p=0.007$), eğitim ($p=0.007$), günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyma durumu ($p=0.048$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, yaş ($p=0.463$), medeni durum ($p=0.351$), ekonomik durum ($p=0.155$), bakımından sorumlu olan kişiye göre ($p=0.206$), kronik hastalığın varlığı ($p=0.835$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yaşlıların Bilinçli Bilişsel Girişimler puan ortalamaları; erkeklerde (13.13 ± 4.43), günlük aktivitelerde desteğe ihtiyaç duyanlarda (12.66 ± 5.05), diğer gruplara göre yüksek olarak saptandı. Lise ve üzerinde eğitimi olan yaşlıların Bilinçli Bilişsel Girişimler puan ortalamaları (13.68 ± 3.41) okuryazar olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.0125$). Diğer eğitim gruplarının Bilinçli Bilişsel Girişimler puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.0125$).

Yaşlıların Tıbbi Çare Arama puanı ile yaş ($p=0.046$), bakımından sorumlu olan kişi ($p=0.035$), günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyma durumu ($p=0.000$), kronik hastalığın varlığı ($p=0.026$), medeni durum ($p=0.035$), ekonomik durum ($p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, cinsiyet ($p=0.218$) ve eğitim ($p=0.174$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaşlıların Tıbbi Çare Arama puan ortalamaları bekar olanlarda (10.89 ± 5.83), günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyanlarda (11.49 ± 5.75), kronik hastalığı olanlarda (10.10 ± 5.67) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. 85 ve üzeri yaşta olanların Tıbbi Çare Arama puan ortalaması (12.16 ± 7.03) 65-74 yaşa göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.016$). 75-84 yaş ile diğer yaş grupların tıbbi çare arama puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.016$). Bakımından çocuklarının sorumlu olduğu yaşlılarda Tıbbi Çare Arama puan ortalaması (11.44 ± 6.72), kendi bakımını üstlenen yaşlılara göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0.016$). Bakımından eşinin sorumlu olduğu yaşlılar ile diğer grupların tıbbi çare arama puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.016$). Ekonomik durumu kötü olan yaşlıların Tıbbi Çare Arama puan ortalamaları (13.38 ± 5.31) diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik durumu orta ve iyi olan yaşlıların Tıbbi Çare Arama puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA

Ağrı, yaşlılarda en sık ifade edilen semptomlardan biridir ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (7). Bu çalışmada yaşlıların son bir aydaki ağrı prevalansı %92.5 olarak bulundu. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara benzer şekilde, Tanrıverdi ve ark. yaşlılarda; son bir yıl içindeki ağrı prevalansını %88.5 olarak bulmuşlardır (4). Bu çalışma sonucundan farklı olarak, Yıldız ve ark. (3) yaşlıların %57.9'unun, Gümüş ve ark. (6) yaşlıların %74'nün, Şimşek ve ark. (5) ise yaşlıların %54.8'nün ağrısının olduğunu saptamışlardır. Blomqvist (86) yaşlıların ağrı prevalansını %75, Sawyer ve ark. (87) %64, Smalbrugge ve ark. (88) %68 Tsai ve ark. (89) %65.3 olarak saptamışlardır. Bu çalışmada yaşlıların kronik ağrı prevalansını ise %73.7 olarak bulundu. Bu çalışma sonucundan farklı olarak, Tanrıverdi ve ark. (4) kronik ağrı prevalansını % 64.7, Yu ve ark. (47) %42, Sa ve ark. (48) ise %41.4 olarak saptamıştır.

Bu çalışmadaki elde edilen sonuçlara göre yaşlılarda herhangi bir nedenle deneyimlenen ağrı ve kronik ağrı prevalansı diğer tüm çalışma sonuçlarına göre daha yüksektir. Bu farklılığın nedeni araştırılan toplumun özelliklerinden, yaşadığı coğrafyadan ve kültür farklılığından kaynaklanabilir.

Yaşlılarda, ağrı genellikle orta-ileri şiddettedir, yıllarca devam eder (8). Bu çalışmada yaşlıların Geriatrik Ağrı Ölçeği puan ortalaması 55.03 ± 25.80 olarak bulundu ve yaşlıların %20'si hafif, %42'si orta ve %38'i şiddetli düzeyde ağrı deneyimlediği belirlendi. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara benzer olarak Brown ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, yaşlıların %54.8'inin ağrı şiddetinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (54). Yapılan farklı çalışmalarda bu sonuçları desteklemektedir. Horner ve ark.'nın çalışmasında, yaşlılarda %62 orta, %34 hafif, %4 şiddetli düzeyde ağrı olarak belirtilmiştir (90). Yıldız ve ark. yaptıkları çalışmada, yaşlıların %54.5'i orta, %25.5'i ciddi düzeyde ağrıya sahip olduklarını belirtmiştir (3). Bu çalışmadan ve diğer çalışmaların sonuçlarından elde edilen veriler doğrultusunda yaşlılarda ağrının genellikle orta ve şiddetli düzeyde olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada yaşlılar ağrının nedeninin en fazla yaşlılıktan (%29) ve fiziksel aktiviteden (%20.8) kaynaklandığı saptandı. Yıldız ve ark. tarafından yapılan çalışmada

da yaşlılarda ağrıyı ortaya çıkaran en büyük etken %32.7 ile aktivite artışı ve zorlama olduğunu vurgulamaktadır (3). Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada, ağrının en çok sırt-bel bölgesinde (%43.9) lokalize olduğu belirlendi. Bu çalışmaya benzer olarak Woo ve ark.'nın çalışmalarında, yaşlıların genelde bel bölgesinin (%48) ağrıdığı saptanmıştır (91). Bu çalışma sonucundan farklı olarak Miro ve ark. ise yaptıkları çalışmalarında, yaşlılardaki ağrının en fazla alt ekstremitelerde ve eklemlerde olduğunu bulmuşlardır (45). Bilgici ve ark. yaptıkları çalışmalarında, yaşlılarda en sık görülen ağrının diz ağrısı olduğunu saptamışlardır (92). Şimşek ve ark.'nın çalışmalarında yaşlılardaki ağrının sırasıyla diz, bel, yaygın eklem ağrısı ve bacak ağrısı şeklinde belirlemişlerdir (5). Özel ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, ağrısı olan yaşlıların en yüksek oranda diz (%64.6) ve baş (%58.5) ağrısı yaşadığı belirlenmiştir (16). Tavşanlı ve ark. çalışmalarında yaşlılarda en sık ekstremitelerde (%34.5) ağrı olduğunu saptamışlardır (56). Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, yaşlılarda görülen ağrının en fazla diz bölgesinde görülmesine rağmen bu çalışmada ağrı lokalizasyonu en fazla sırt-bel bölgesindedir. Farklılığın nedeni bu bölgede üretimin ve yaşamın kaynağı olan fındığın eğilerek yerden toplanması ve elde edilen ürünlerin sırtta taşınmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ağrı, bireyin günlük aktivitelerini yerine getirmesini olumsuz etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bu çalışmada yaşlıların yarıdan fazlası ağrı nedeniyle günlük faaliyetlerini yerine getiremediğini, ağrının kendi bakımını yapmasını ve uykusunu etkilediğini belirtmektedir. Bu çalışmaya benzer şekilde Gümüş ve ark. çalışmalarında yaşlılarda ağrı şiddeti ile günlük yaşam aktiviteleri arasında negatif yönde ilişki olduğunu saptamışlardır (6). Cavlak ve ark. alt ekstremitte ağrısı olan yaşlı bireylerin fiziksel ve mental fonksiyonlarının azaldığını belirlemişlerdir (93). Kiska ve Palermo (94) çalışmalarında kronik ağrı ile uyku bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, yine farklı bir çalışmada, yaşlanmayla birlikte ağrının bireyleri fonksiyonel olarak kısıtladığı ve uyku düzenini bozduğu belirtilmiştir (95).

Bu çalışmada, yaşlıların yarısından fazlası, yakın çevresinin yaşadığı ağrıyı önemsediklerini belirtmişlerdir. Yaşlıların yaklaşık üçte biri (%33.3) ağrısı çok şiddetli olduğunda bir sağlık kuruluşuna başvurduğu ve çoğunluğunun (%90.2) ağrısını yeterince ifade edebildiği saptanmıştır. Brown ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, son bir

ayda %90'dan fazla yaşlının ağrı deneyimlediği ama sadece %41'nin ağrısının olduğunu sağlık profesyonellerine bildirdiği saptanmıştır (54). Andersson ve ark. çalışmalarında kronik ağrısı olan kişilerin ağrıyla başa çıkmak için bir doktora başvurduğu (%45.7) saptanmıştır (96). Ağrı genellikle pek çok kişi tarafından yaşlılıkla ilişkilendirilmekte ve bu durum da yaşlının tedavi almasını olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Yaşlıların yarısı hemen her gün ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmaya benzer olarak Onder ve ark. günlük ağrı görülme sıklığını %54.9 olarak bulmuştur (97).

Bireyler, ağrıları olduğunda ilk önce kolay uygulanabilir ve hızlı etki göstermesi için ağrı kesicileri almayı tercih etmektedirler (98). Bu çalışmada da yaşlıların ağrıyla baş etmek için en fazla ağrı kesici kullandığı (%85.5) saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer olarak, Güler ve ark (99) yaşlıların ağrı sorununu çözmek için %90.6'sının, Özel ve ark. (16) yaşlıların %96.3'ünün, Hwang ve ark. (100) yaşlı bireylerin analjezik kullanım oranını %80 olduğunu belirlemişlerdir.

Literatürde yaşlıların ağrılarını sadece farmakolojik yöntemlerle değil, nonfarmakolojik yöntemlerle de desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (70). Bu çalışmada ağrıyla baş etme yöntemi olarak yaşlıların çoğunluğunun analjezik kullandığı, masaj yapma, fiziksel aktivite gibi nonfarmakolojik yöntemlerin ise düşük oranda kullanıldığı saptanmıştır. Yaşlı bireylerin ağrı yönetiminde akupunktur, meditasyon, TENS, kognitif-davranışsal teknikler gibi rahatlama yöntemlerini hiç kullanmadıkları bulunmuştur. Bu bölgede yaşayanlarca henüz bu yöntemlerin tanınmaması ve nonfarmakolojik yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması analjeziğin yaygın kullanımında etkili faktörler arasında olabilir.

Ağrı, tıbbi tedavinin yanı sıra kullanılan baş etme yöntemleri açısından da ele alınmalıdır. Ağrı tedavisinde ve ağrıya yanıt olarak ortaya çıkan davranışların düzeltilmesinde ağrı ile baş etme biçimlerinin bilinmesi oldukça önemlidir (80).

Bu çalışmada, ağrıyla başa çıkma ölçeği alt boyutlarında kendi kendine başa çıkma 18.71 ± 6.89 puan, çaresizlik 11.11 ± 5.69 puan, bilinçli bilişsel girişimler 12.20 ± 4.56 puan ve tıbbi çare arama 9.69 ± 5.68 puan olarak bulundu. Babadağ ve ark. araştırmalarında algoloji hastalarının ağrıyla başa çıkma ölçeğinden aldıkları puanları;

kendi kendine başa çıkma puanını 18.14 ± 7.41 , çaresizlik puanını 13.56 ± 4.37 , bilinçli bilişsel girişimler puanını 11.82 ± 4.23 , tıbbi çare arama puanını 12.96 ± 4.43 olarak bulmuşlardır (85). Karaca ve ark. ise kronik ağrılı hastalarda kendi kendine başa çıkma alt boyutundan 33.47 ± 8.26 , çaresizlik alt boyutundan 17.50 ± 3.80 , bilinçli bilişsel girişimler alt boyutundan 18.39 ± 4.28 , tıbbi çare arama alt boyutundan 17.37 ± 4.34 puan olarak bulmuşlardır (101). Madenci ve ark. ise kronik ağrılı hastalarda kendi kendine başa çıkma alt boyutundan 34.51 ± 8.33 , çaresizlik alt boyutundan 16.31 ± 3.71 , bilinçli bilişsel girişimler alt boyutundan 19.12 ± 4.42 , tıbbi çare arama alt boyutundan 16.65 ± 4.34 puan olarak bulmuşlardır (14).

Çalışmalardan farklı sonuçların elde edilmesinin nedeni araştırmanın yapıldığı bölgelerin ve örnekleme oluşturan bireylerin kültürel ve sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada sosyodemografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi vs.) ağrı yaşantısını ve ağrıyla başa çıkma yöntemlerini anlamlı düzeyde etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, yaşlıların yaş grubuna göre GAÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde; 85 yaş ve üzeri yaşlıların aldıkları puan ortalamaları (65.26 ± 22.93) yüksek bulundu. Yaşla birlikte artan sağlık problemlerinin ve fonksiyonel yetersizliklerin ağrıyı arttırmada önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Yaşlılarda yaş ile çaresizlik ve tıbbi çare arama alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 85 yaş ve üzeri yaşlıların çaresizlik ve tıbbi çare arama alt ölçek puanları diğer gruplara göre yüksektir. Bu çalışmadan farklı olarak Keefe ve Williams kronik ağrısı olan hastaları dört gruba (genç, orta yaşlı, ileri yaşlı ve geriatrik) ayırarak gerçekleştirdikleri araştırmalarında, ağrıyla başa çıkma yöntemlerinin kullanımına ve etkililiğine ilişkin algıda anlamlı düzeyde farklılaşma bulamamışlardır (102).

Araştırmada cinsiyet ile GAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadınların aldıkları ortalama puanların erkeklere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Yapılan çalışmalarda, kadınların erkeklere göre daha fazla ağrı deneyimlediği görülmektedir. Şimşek ve ark ağrı şikayetinin en çok kadınlarda görüldüğünü belirtmişlerdir (5). Bu sonuç kadınların, erkeklere göre duygu

ve düşüncelerini daha rahat ifade etmesiyle, kültürel faktörlere bağlı olarak cinslere özgü bazı sorumlulukları yüklemesiyle ve Türk toplumunda erkeklerde yüksek ağrı toleransının takdir görmesiyle de ilişkili olabilir (103). Ayrıca kadınların ağrıya daha duyarlı oldukları ve daha fazla cevap verdikleri şeklinde görüşlerde bulunmaktadır (35). Bu çalışmada cinsiyet ile çaresizlik ve bilinçli bilişsel girişimler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşlı erkeklerin çaresizlik puanları kadınlara oranla daha düşük bulunurken, bilinçli bilişsel girişimler puanı daha yüksektir. Bunun nedeni kadınların duygularını ifade etme, depresyona girme ve kaçınma gibi duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullanmaları olabilir. Ayrıca erkeklerin, yaşam şartlarına karşı daha dirençli olma çabaları ve çevresinden aldığı sosyal desteğin kadınlara göre daha fazla olmasından da kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmada eğitim durumu ile GAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, okuryazar olmayan yaşlıların geriatrik ağrı ölçeği ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak da farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Literatürler incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olan yaşlılarda ağrının daha çok görüldüğü belirlenmiştir (104). Bilgi eksikliği ağrı ile başa çıkmada yetersizliğe ve daha şiddetli ağrı yaşanmasına neden olabilir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olanların ağrılarını sağlık profesyonellerine daha rahat ifade etmeleri ve ağrı yönetimine daha fazla katılmaları ile açıklanabilir. Yaşlıların eğitim durumu ile kendi kendine başa çıkma, çaresizlik ve bilinçli bilişsel girişimler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşlılarda okuryazar olmayanların çaresizlik puanları, diğer gruplara oranla daha yüksek bulunurken, lise ve üzeri mezunu olanların kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler alt ölçeğinden aldığı puan diğer gruplara göre yüksektir. Bir araştırmada kronik ağrı hastalarında eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin ağrı kontrolünü ilaç dışı yöntemlerle yapma eğiliminin arttığını saptamışlardır (105). Yaşlılarda eğitim düzeyinin düşük olması, yetersiz sağlık hizmeti alma ya da ağrıyla baş etmede bilinçsiz yaklaşımların nedeni olabilir.

Araştırmada, medeni durum ile GAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bekar olan yaşlıların ağrı puanları evlilerden daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna varıldı ($p<0.05$). Literatürde, yaşlıların

hissettiği ağrının şiddeti ve süresi bekar olma, yalnız yaşama, sosyal destekten yoksun olma durumundan etkilendiği ifade edilmektedir (11). Eşleri tarafından ağrı davranışı desteklenen evli hastaların, ağrılarını ve ağrı şiddetlerini daha yüksek düzeyde ifade ettikleri belirtilmektedir (106). Yaşlıların medeni durum ile çaresizlik ve tıbbi çare arama puanlar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Yaşlılarda bekar olanların çaresizlik ve tıbbi çare arama alt boyut puanları evlilere göre yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın nedeni, bekar yaşlıların evli yaşlılara göre daha yalnız olması ve bu durumun yol açtığı stres ve kaygının baş etme yöntemlerini olumsuz olarak etkilemesiyle ilişkili olabilir.

Araştırmada, ekonomik durum ile ağrı puanı karşılaştırıldığında, ekonomik durumu kötü olan yaşlıların GAÖ puan ortalamaları, ekonomik durumu iyi olanlardan daha yüksek bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). Ayvat ve ark. yaptıkları çalışma sonuçlarında, ağrının düşük ve orta gelir düzeyine sahip hastalarda daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir (107). Edwards ve ark., sosyo-ekonomik durum ile ilişkili ağrıyı, sağlık bakımına ulaşım kapsamında değerlendirmiş ve bu grup hastaların uygun medikal tedaviden yararlanamaması nedeniyle sürekli ağrı yaşadıklarını belirtmiştir (108). Yaşlıların ekonomik durumu ile çaresizlik ve tıbbi çare arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Yaşlılarda ekonomik durumu kötü olanların çaresizlik ve tıbbi çare arama puanları diğer gruplara göre yüksektir. Duygusal odaklı yöntemlerden biri olan çaresizlikteki bu artış, ekonomik durumun kötü olması gibi strese yol açacak bir durumun sonucu olabilir.

Ferrell ve arkadaşları; yaşlı bireylerin, günlük yaşamda ağrı nedeniyle en temel yaşam gereksinimlerini bile karşılayamadıkları saptanmıştır (109). Bu çalışmada bakımından çocuklarının sorumlu olduğu yaşlıların GAÖ puan ortalamaları daha yüksek olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Jakobsson ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma muhtaç olmanın yaşlılarda ağrı görülme oranını arttırdığı belirlenmiştir (110). Yaşlıların bakımından sorumlu olan kişi ile çaresizlik ve tıbbi çare arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Yaşlıların bakımından esas sorumlu olan kişi çocukları olduğunda çaresizlik ve tıbbi çare arama alt boyut puanları diğer gruplara oranla daha yüksektir. Zayıf öz yeterliliği olan kişiler, baş etme davranışları

göstermeye daha az yatkındır ya da öz yeterliliği güçlü olan kişilere göre engellerden daha fazla etkilenmektedir (111). Bu sebeple; kişinin bakıma muhtaç olması, ağrıyla başa çıkmak adına kişiyi, çaresizliğe ve en kolay yol olan tıbbi çare aramaya itebilir.

Bu çalışmada, günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyan yaşlıların ağrı puanları daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Hallberg ve ark. çalışmalarında, yaşlanmayla birlikte ağrının bireyleri fonksiyonel olarak kısıtladığını bulmuşlardır (95). Yaşlıların günlük aktivitelerde desteğe gereksinim duyan kişiler ile çaresizlik, bilinçli bilişsel girişimler ve tıbbi çare arama alt boyut puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşlılarda günlük aktivitelerde desteğe gereksinim duyanların çaresizlik, bilinçli bilişsel girişimler ve tıbbi çare arama alt boyut puanları, duymayanlara oranla daha yüksektir. Günlük aktivitelerde desteğe ihtiyaç duyma durumu kişide anksiyete ve stresin gelişmesine neden olabileceği için kişiyi olumsuz başa çıkma yöntemlerinin tercih edilmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca ağrı, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde sınırlayıp, yaşlıların uyumunu güçleştirebilir.

Litaretürde ağrı şikayetlerinin görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı belirtilmektedir. Bu ilişki, yaşlı nüfusun %80-85'inde ağrının eşlik ettiği en az bir kronik hastalık bulunmasına bağlanabilir (7). Bu çalışmada, kronik hastalığı olan yaşlıların GAÖ puan ortalamaları daha yüksek bulundu ve istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna varıldı ($p<0.05$). Şimşek ve ark. (5) ve Tanrıverdi ve ark. (4) yaptıkları çalışmalarında, kronik hastalık sayısı fazla olan bireylerde ağrı görülme oranı yüksek bulunmuştur. Yaşlıların kronik hastalığa sahip olma durumu ile çaresizlik ve tıbbi çare arama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşlıların kronik hastalığa sahip olanların çaresizlik ve tıbbi çare arama puanları, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksektir. Kronik hastalığı olan bireylerde, fizyolojik patolojinin getirdiği ağrının yanı sıra anksiyete de vardır. Bu durum kronik hastalığı olan bireyin ağrı toleransını azaltabilir, daha fazla ağrı yaşamalarına neden olabilir ve baş etme yöntemlerini etkili bir şekilde kullanma durumlarını etkileyebilir.

8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Giresun ili Keşap ilçe Merkezinde yaşayan 255 yaşlının ağrı prevalansı ve ağrıyla baş etme yöntemleriyle ilgili elde edilen sonuçlar aşağıda verildi.

Yaşlıların sosyodemografik verileri incelendiğinde; yaşlıların %49'u 65-74 yaş aralığında (yaş ortalaması 74.58 ± 6.65), %59.2'si kadın, %44.7' si ilkokul mezunu, %71.8'i evli, %65.9'nun ekonomik durumu orta düzeyde, %73.7'si kendi bakımını sürdürebilir olduğu belirlendi. Yaşlıların %79.2'sinin kronik hastalığı olduğu ve kronik hastalıklardan en fazla hipertansiyon (%65.9) görüldüğü saptandı. Yaşlıların %58'i bazı günlük aktivitelerini yaparken desteğe gereksinim duydukları ve bu desteğe en fazla (%72.3) hastaneye giderken ihtiyaç duydukları belirlendi (Tablo 1).

Yaşlıların %29'unun ağrı nedeninin en fazla yaşlılıktan kaynaklandığını düşünmekte olduğu, %50.6'sının hemen her gün ağrı deneyimlemekte ve %43.9'unun ağrının en fazla sırt bel bölgesinde lokalize olduğu saptandı. Yaşlıların ağrı nedeniyle %59.6'sı günlük faaliyetlerini, %40.4'ünün kendi bakımını yapmasın, %45.1' inin uykusunu etkilediği belirlendi. Yaşlıların %57.3'ünün yakın çevresinin ağrısını önemseydiğini, %33.3'ünün ağrıları çok şiddetli olduğunda bir sağlık kuruluşuna başvurduğu ve %90.2'si ağrısını yeterince ifade edebildiklerini, ağrıyla baş etmek için en fazla ağrı kesici (%85.5) kullandıklarını belirlendi (Tablo 2).

Yaşlıların herhangi bir nedenle son bir ayda deneyimledikleri ağrı prevalansı %92.5, kronik ağrı prevalansı ise %73.1 olarak saptandı (Tablo 3).

Yaşlıların GAÖ'den aldığı puanlara göre, %42'si orta ve %38'i şiddetli düzeyde ağrı deneyimlediği belirlendi (Şekil 2). Yaşlıların GAÖ puan ortalamaları 55.03 ± 25.80 olarak bulundu. Yaşlıların ağrı puan ortalamaları 85 yaş ve üzerinde (65.26 ± 22.93), kadınlarda (62.23 ± 21.14), okuryazar olmayanlarda (66.64 ± 20.8), bekar olanlarda (64.62 ± 21.89), ekonomik durumu kötü olanlarda (70.80 ± 17.83), bakımından çocuklarının sorumlu olduğu durumlarda (70.06 ± 22.49), günlük aktivitelerinde desteğe gereksinim duyanlarda (65.88 ± 20.95) ve kronik hastalığı olanlarda (58.49 ± 24.25) yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 4).

Yaşlıların ABÖ alt boyutlarından Kendi Kendine Başa Çıkma 18.71 ± 6.89 , Çaresizlik 11.11 ± 5.69 , Bilinçli Bilişsel Girişimler 12.20 ± 4.56 ve Tıbbi Çare Arama 9.69 ± 5.68 puan olarak bulundu (Tablo 5).

Yaşlıların Kendi Kendine Başa Çıkma puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulundu ($p < 0.05$) ve lise ve üzeri eğitimi olanların (21.09 ± 6.57) Kendi Kendine Başa Çıkma puanı diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlendi. Yaşlıların Kendi Kendine Başa Çıkma puanı ile yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ekonomik durum, bakımından sorumlu olan kişi, günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyma durumu, kronik hastalığın varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 6).

Yaşlıların Çaresizlik puanı, 85 yaş ve üzeri (15.79 ± 5.08) olanlarda, kadınlarda (11.80 ± 5.61), okuryazar olmayanlarda (13.14 ± 5.55), bekar olanlarda (13.04 ± 5.79), ekonomik durumu kötü olanlarda (15.19 ± 4.80), bakımından çocuklarının sorumlu olduğu kişilerde (14.17 ± 5.34), günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyanlarda (13.34 ± 5.27), kronik hastalığa sahip olanlarda (11.56 ± 5.70) yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 6).

Yaşlıların Bilinçli Bilişsel Girişimler puan ortalamaları; erkeklerde (13.13 ± 4.43), lise ve üzeri mezun olanlarda (13.68 ± 3.41), günlük aktivitelerde desteğe ihtiyaç duyanlarda (12.66 ± 5.05) yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Yaşlıların Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyutu ile yaş, medeni durum, ekonomik durum, bakımından sorumlu olan kişiye göre, kronik hastalığın varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0.05$) (Tablo 6).

Yaşlıların Tıbbi Çare Arama puan ortalamaları; 85 yaş ve üzeri olanlarda (12.16 ± 7.03), bekarlarda (10.89 ± 5.83), ekonomik durumu kötü olanlarda (13.38 ± 5.31), bakımından çocuklarının sorumlu olduğunda (11.44 ± 6.72), günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyulduğunda (11.49 ± 5.75), kronik hastalığı olanlarda (10.10 ± 5.67) yüksek olduğu saptanmış ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Yaşlıların Tıbbi Çare Arama alt boyutuyla, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ekonomik durum arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 6).

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen veriler ve yaşlılarla görüşme sırasında edinilen gözlemler doğrultusunda, aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Ağrıya neden olan faktörlere ve ağrının kontrol altına alınmasında etkili olan yaklaşımlara ilişkin yaşlılar ve yaşlının bakımından sorumlu olan kişiler bilgilendirilmelidir,
2. Yaşlıların en fazla yardıma ihtiyaç duydukları konulardan biri olan hastaneye ulaşım için yaşlılara, servis hizmetleri ve evde sağlık hizmeti danışmanlığı sunulmalıdır,
3. Yaşlılarda en fazla ağrının görüldüğü bel-sırt bölgesindeki ağrının azaltılması ve önlenmesi için hemşirelik uygulamaları geliştirilmelidir,
4. Yaşlılar, farmakolojik yöntemlerin yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemlere de yönlendirilmeli ve bu yöntemlerin uygulanmasına yönelik yaşlılara ve bakımından sorumlu olan kişilere eğitim yapılmalıdır,
5. Sağlık ekibi, yaşlı bireyin ailesini, toplumu ve yaşlının yaşadığı çevreyi dikkate alarak, yaşlının yaşam biçimine uygun olan ağrıyla baş etme yöntemlerini seçmesi için rehberlik etmelidir,
6. Yaşlılarda ağrının kontrol altına alınmasını zorlaştıran sosyal yalnızlık duygusunun önüne geçilebilmesi için, sosyal açıdan verimli ve güvenli biçimde gününü değerlendirebileceği "günlük bakım merkezleri" açılmalıdır,
7. Yaşlılarda ağrıyı etkileyen sosyodemografik değişkenler dikkate alınmalıdır ve sağlık personelinin bu konuda farkındalığı artırılmalıdır.

9. KAYNAKLAR

1. Caner ÖC, Gözün G, Hilwah A, Gökçek M (2013). Yaşlı Dostu Şehirler: Kavramsal Çerçeve ve Örneklerle Değerlendirmeler. Güneş Tıp Kitabevleri, No.20127, Ankara; 7-27.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (2014). TÜİK İstatistiklerle yaşlılar 2014. Türkiye İstatistik Kurum Matbaası, No.4365, Ankara; 1-7.
3. Yıldız A, Erol S, Ergün A (2009). Bir huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. Türk Geriatri Dergisi 12(3) : 156-164.
4. Tanrıverdi G, Okanlı A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin H, Özışık Kararman H, Korkut M (2009). Yaşlı popülasyonunda ağrı. Türk Geriatri Dergisi 12(4): 190-197.
5. Şimşek TT, Tütün Yumin E, Öztürk A, Sertel M, Yumin M (2011). Ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerde ağrı ile sağlık durumu, mobilite ve günlük yaşam aktivite düzeyi arasındaki ilişki. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 57: 216-220.
6. Gümüş AB, Keskin G, Orgun F (2012). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı ve yaşam aktiviteleri: Depresyon, anksiyete ve somatizasyon yönünden bir inceleme. Türk Geriatri Dergisi 15(3) : 299-305.
7. Özyalçın NS (2003). Yaşlılık Çağında Ağrı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 1-37.
8. Öztürk GB, Karan MA (2009). Yaşlıda ağrıya yaklaşım. Akad Geriatri 1: 31-44.
9. Perret DM, Rim J, Cristian A (2006). A geriatrician's guide to the use of the physical modalities in the treatment of pain and dysfunction. Clin Geriatr Med 22(2): 331-354.
10. Afşar F, Pınar R (2003). Kanseri hastalarında ağrı ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6(3): 16-28.
11. Aydın ON (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 3(2): 37– 48.
12. Aslan FE (2013). Ağrı. Dahili Ve Cerrahi Hastalarda Hemşirelik Bakımı (Ed: Karadakovan A, Aslan FE). Ankara, 127-148.

13. Subaşı D (2010). Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
14. Madenci E, Herken H, Yağız E, Keven S, Gürsoy S (2006). Kronik ağrılı ve fibromiyalji sendromlu hastalarda depresyon düzeyleri ve ağrı ile başa çıkma becerileri. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 52(1): 19-21.
15. Herr K (2011). Pain assessment strategies in older patients. J Pain 12(3): 3-13.
16. Özel F, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. Ağrı 26(2): 57-64.
17. Dikmenoğlu N (2007). Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik değişiklikler. Temel Geriatri (Ed : Kutsal YG). Ankara, 33-44.
18. Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı Aile ve Tüketici Hizmetleri (2011). Yaşlılık süreci [online]. Erişim Adresi: http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ya%C5%9Fl%C4%B1l%C4%B1k%20S%C3%B9Creci.pdf. [Erişim Tarihi 8 Aralık 2015].
19. Güleç M, Tekbaş ÖF (1997). Sağlık perspektifinden yaşlılık. Türk Klin Tıp Bilim 17(6): 369-378.
20. Soyuer F, Soyuer A (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 15(3): 219-224.
21. Tezcan S, Seçkiner P (2012). Türkiye’de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar Ve Çözümler (Ed: Aslan D, Ertem M). Ankara, 1-8.
22. Er D (2009). Psikososyal açıdan yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 4(11): 131-144.
23. Karadakovan A (2013). Yaşlılık ve bakım. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Hemşirelik Bakımı (Ed: Karadakovan A, Aslan FE). Ankara, 105-123.
24. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2013). Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı [online]. Erişim Adresi: eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/blob.docx. [Erişim Tarihi 13 Haziran 2016].

25. World Health Organization (2013). WHO World Health Statistics 2013. [Online]. Erişim Adresi: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf. [Erişim Tarihi 22/03/2015].
26. Türkiye İstatistik Kurumu (2014). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2013. [Online]. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15974>. [Erişim Tarihi 27/05/2016].
27. Beğen T, Yavuzer H (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 25: 1-3.
28. Güleç G, Güleç S (2006). Ağrı ve ağrı davranışı. Ağrı 18(4): 5-10.
29. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). Yaşlı sağlığı modülleri. Anıl Matbaacılık, No.810, Ankara; 357-380.
30. Yegül İ (1993). Ağrı ve Tedavisi. Birinci baskı. Yapım Yayıncılık, İzmir; 1-18.
31. Edirne S (2003). Ağrı Sendromları ve Tedavisi. Genişletilmiş İkinci baskı. Gizben Matbaacılık, İstanbul; 1-290.
32. Gottschalk A, Smith DS (2001). New concepts in acute pain therapy: preemptive analgesia. Am Fam Physician 63(10): 1979-1984.
33. Aslan FE (2005). Akut ağrı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2(1): 24-31.
34. Kutsal YG, Varlı K, Çeliker R, Özer S, Ozer H, Aypar Ü, Şahin A, Oruçkaptan H (2005). Ağrıya multidisipliner yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi 36(2): 111-128.
35. Aslan FE (2006). Ağrı Doğası ve Kontrolü. Mart Matbaacılık, İstanbul; 1-99.
36. Rhudy JL, Meagher MW (2000). Fear and anxiety: Divergent effects on human pain thresholds. Pain 84(1): 65-75.
37. Uludağ B (2005). Ağrı hafızası. Ağrı 17(4): 10-16.
38. Guyton AC, Hall JE (2013). Textbook of Medical Physiology. Tıbbi Fizyoloji. 12th ed. Çeviren: Çağlayan Yeğen B, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Sti., İstanbul, 583-593.

39. Bacaksız BD (2007). Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
40. Yücel A (2006). Ağrı mekanizmaları. Ağrı Doğası ve Kontrolü (Ed: Aslan FE). İstanbul, 37-45.
41. Punpho K (2007). Pain, pain management, and satisfaction with pain management in total abdominal hysterectomy patients. Doctoral dissertation, Mahidol University.
42. Summers S (2000). Evidence based practice part 1: Pain definitions, pathophysiologic mechanisms and theories. *Journal of Perianesthesia Nursing* 15(5): 357-365.
43. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR (2004). The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: Cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project. *Pain* 110(1): 361-368.
44. Chu L, Schnelle JF, Cadogan MP, Simmons SF (2004). Using the minimum data set to select nursing home residents for interview about pain. *J Am Geriatr Soc* 52(12): 2057-2061.
45. Miro J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, Huguet A, Baos J (2007). Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain* 11(1): 83-83.
46. Boerlage AA, Dijk M, Stronks DL, Wit R, Rijn CC (2008). Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. *Eur J Pain* 12(7): 910-916.
47. Yu HY, Tang FI, Kuo BIT, Yu S (2006). Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. *Pain Manag Nurs* 7(1): 2-11.
48. Sa KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa I (2008). Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain* 139(3): 498-506.
49. Kutsal YG (2007). Temel Geriatri. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara; 3-9.

50. Özyalçın S, Dinçer S (2007). Yaşlılarda ağrı. Klinik Gelişim 20(3): 7-17.
51. Bhagat S, Ostör AJ (2010). Diagnosing joint pain in the older people. The Practitioner 254: 17-21.
52. Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç AU, Özer M, Ergül Ş, Dülgerler Ş (2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. Türk Geriatri Dergisi 5(2): 68-74.
53. Baek SR, Lim JY, Lim JY, Park JH, Lee JJ, Lee SB, Kim KW, Paik NJ (2010). Prevalence of musculoskeletal pain in an elderly Korean population: Results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging. Arch Gerontol Geriat 51(3): 46-51.
54. Brown ST, Kirkpatrick MK, Swanson MS, McKenzie IL (2011). Pain experience of the elderly. Pain Manag Nurs 12(4): 190-196.
55. Achterberg WP, Pot AM, Scherder EJ, Ribbe MW (2007). Pain in the nursing home: Assessment and treatment on different types of care wards. J Pain Symptom Manag 34(5): 480-487.
56. Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. Ağrı 25(3): 93-100.
57. Güzeldemir ME (1995). Ağrı değerlendirme yöntemleri. Sendrom 7(6): 11-21.
58. Aslan FE (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6(1): 9-16.
59. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 14(2): 53-58.
60. Catananti C, Gambassi G (2010). Pain assessment in the elderly. Surg Oncol 19(3): 140-148.
61. Yılmaz E (2006). Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
62. Yücel A (2003). Opioid analjezikler. Yaşlılık Çağında Ağrı (Ed: Özyalçın NS). İstanbul, 113-135.

63. Cavalieri TA (2002). Pain management in the elderly. J Am Osteopath Assoc 102(9): 481-486.
64. Arıcıoğlu F, Özyalçın NS (2005). Yaşlılarda ağrı tedavisinde genel kurallar. Yaşlılık Çağında Ağrı (Ed: Özyalçın NS). İstanbul, 95-111.
65. Usta Yeşilbalkan Ö (2007). Yaşlı bireylerde ağrı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 23(2): 131-144.
66. Kara H (2011). Huzurevinde yaşayan bireylerde ağrının değerlendirilmesi ve ağrıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
67. Cherny NI, Portenoy RK, Raber M, Zenz M (1995). Pharmacotherapy of cancer pain. 3. adjuvant drugs. Schmerz 9(2): 55-69.
68. Eroğlu F, Özyalçın NS (2003). Adjuvan analjezikler. Yaşlılık Çağında Ağrı (Ed: Özyalçın NS). İstanbul, 161-181.
69. Özveren H (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 18(1): 83-92.
70. Ketenci A (2003). Yaşlılarda ilaç dışı tedavi uygulamaları. Yaşlılık Çağında Ağrı (Ed: Özyalçın NS). İstanbul, 183-196.
71. Göker C, Yılmaz A, Kumbasar H (2009). Plasebo etkili midir? Etik midir?. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 19(2): 183-192.
72. Cabioğlu MT (2008). Akupunktur ile ağrı kontrolü ve nörotransmitterler. Genel Tıp Dergisi 18(2): 93-98.
73. Kulakçı H, Emiroğlu ON (2011). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha sistemi'nin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [online]. Erişim Adresi: http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4579/25-33_Kulakci.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Erişim Tarihi 24 Mart 2016]
74. Mezey M, Schumann MJ, Marlano C, Handberg C, Sutermaster DJ (2007). Specialty in nursing scope and standards of practice: Incorporating content about the care of older adults. Geriatr Nurs 26: 23-28.

75. Özveren H, Hülya U (2009). Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 16(3): 59-72.
76. Aslan FE, Badır A (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı 17(2): 44-51.
77. Kandemirci D (2010). Kadınlarda baş ağrısını tetikleyen günlük stres faktörleri, ağrıyı değerlendirme biçimi ve baş etme yolları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
78. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H (2005). COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 6(4): 221-226.
79. Barry LC, Kerns RD, Guo Z, Duong BD, Iannone LP, Carrington Reid M (2004). Identification of strategies used to cope with chronic pain in older persons receiving primary care from a Veterans Affairs Medical Center. J Am Geriatr Soc 52(6): 950-956.
80. Karaca S, Demir F, Aşkın R, Herken H (1996). Ağrı ile başa çıkma ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. 5. Türk-Alman Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kongresi, Antalya.
81. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (1994). Biyoistatistik. Özdemir Yayıncılık. Beşinci baskı. Ankara; 46-50.
82. Dursun G (2013). Yaşlı bireylerde geriatrik ağrı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
83. Ferrell BA, Stein WM, Beck JC (2000). The Geriatric Pain Measure: Validity, reliability and factor analysis. J Am Geriatr Soc 48(12): 1669- 1673.
84. Kleinke CL (1992). How chronic pain patients cope with pain: Relation to treatment outcome in a multidisciplinary pain clinic. Cognitive Ther Res 16(6): 669-685.

85. Babadağ B, Alparslan GB, Güleç S (2015). The relationship between pain beliefs and coping with pain of algology patients. *Pain Manag Nurs* 16(6): 910-919.
86. Blomqvist K (2003). Older People in persistent pain: Nursing and paramedical staff perceptions and pain management. *J Adv Nurs* 41(6): 575-584.
87. Sawyer P, Bodner EV, Ritchie CS, Allman RM (2006). Pain and pain medication use in community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Pharmac* 4: 316-324.
88. Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman AT, Eefsting JA (2007). Pain among nursing home patients in the Netherlands: Prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment—an observational cohort study. *BMC Geriatrics* [online]. Erişim Adresi: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-7-3>. [Erişim Tarihi 18 Şubat 2016].
89. Tsai YF, Tsai HH, Lai YH, Chu TL (2004). Pain prevalence, experiences and management strategies among the elderly in Taiwanese nursing home. *J Pain Symptom Manag* 28: 579-84.
90. Horner JK, Hanson LC, Wood D, Silver AG, Reynolds KS (2005). Using quality improvement to address pain management practices in nursing homes. *J Pain Symptom Manag* 30(3): 271-277.
91. Woo J, Leung J, Lau E (2009). Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. *Public Health* 123: 549-556.
92. Bilgici A, Kuru O, Gündüz O, Alaylı G (2000). Correlation between pain and physical and psychosocial disability in elderly osteoarthritis patients. *Turk J Geriatr* 3: 22-25.
93. Cavlak U, Yagci N, Bas Aslan U, Ekici G (2009). A new tool measuring health-related quality of life: the effects of musculoskeletal pain in a group of older Turkish people. *Arch Gerontol Geriatr* 49(2): 298-303.
94. Palermo TM, Kiska R (2005). Subjective sleep disturbances in adolescents with chronic pain: Relationship to daily functioning and quality of life. *J Pain* 6(3): 201-207.

95. Hallberg IR, Jakobsson U, Kleivsgard R, Westergren A (2003). Old people in pain: a comparative study. *J Pain Symptom Manag* 26(1): 625-636.
96. Andersson HI, Ejlerstsson G, Leden I, Rosenberg C (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: Studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 9: 174-82.
97. Onder G, Cesari M, Russo A, Zamboni V, Bernabei R, Landi F (2006). Association between daily pain and physical function among old-old adults living in the community: Results from the ilsirente study. *Pain* 121: 53-59.
98. Çivi S, Tanrikulu Z (2000). Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıklar prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Türk Geriatri Dergisi* 3: 85-90.
99. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N (2009). Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 31(4): 367-373.
100. Hwang U, Richardson LD, Harris B, Morrison RS (2010). The quality of emergency department pain care for older adult patients. *J Am Geriatr Soc* 58(11): 2122-2128.
101. Karaca S, Demir F, Herken H, Demir O, Aşkın R (1999). Kronik ağrılı ve migrenli hastalarda depresyon düzeyleri ve ağrı ile başa çıkma becerileri. *Düşünen Adam* 12(4): 31-33.
102. Keefe F, Williams DA (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *J Gerontol* 45: 161-165.
103. Şahin Ş (2004). Ağrı ve cinsiyet. *Ağrı* 16(2): 17-25.
104. Erdine S, Hamzaoglu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M (2001). Türkiye’de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı* 13(2): 22-30.
105. Aslan FE, İşsever H, Özyalçın S, Işık E (1997). Ağrı ile baş etmede bireysel yaklaşım ve toplumsal eğilim. *Ağrı* 9: 11-16.
106. Sharp TJ (2001). Chronic pain: A reformulation of the cognitivebehavioural model. *Behav Res Ther* 39 (7): 787-800.

107. Ayvat PÜ, Aydın ON, Oğurlu M (2011). Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Polikliniği'ne başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve ağrı prevalansı. Ağrı 23(1): 28-39.
108. Edwards RR, Doleys DM, Fillingim RB, Lowery D (2001). Ethnic differences in pain tolerance: Clinical implications in a chronic pain population. Psychosom Med 63(2): 316-323.
109. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Symptom Manag 10(8): 591-598.
110. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A (2004). Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living: A comparison of those living at home with those in special accommodations. Eur J Pain 8: 335-344.
111. Turk DC (2004). Understanding pain sufferers: The role of cognitive processes. Spine J 4: 1-7.

10. EKLER

10.1. Ek 1 Kişisel Bilgi Formu

- 1.Kaç yaşındasınız?
- 2.Cinsiyet: () Kadın () Erkek
- 3.Eğitim durumu: () Okuryazar Değil () İlkokul () Ortaokul () Lise ve üzeri
- 4.Medeni durum: () Bekar () Evli
- 5.Ekonomik durum: () İyi () Orta () Kötü
- 6.Bakımınızdan esas sorumlu olan kişi: () Kendisi () Eş () Çocuklar
() Diğer (Açıklayınız)
- 7.Günlük aktivitelerinizi yaparken desteğe gereksinim duyar mısınız?
()Evet (Açıklayınız) ()Hayır
- 8.Kronik hastalığınız var mı?
()Evet (Açıklayınız) ()Hayır
- 9.Son bir ayda herhangi bir nedenle ağrı deneyimlediniz mi?
()Evet ()Hayır
- 10.Hiç geçmeyen ağrınız var mı?
()Evet ()Hayır
- 11.Bu ağrının size göre nedeni nedir?
.....
- 12.Ağrınızın sıklığı nedir?
() Hemen her gün () Haftada birkaç defa () Ayda birkaç defa
() Diğer (Açıklayınız)
- 13.Ağrının en çok lokalize olduğu bölgeler hangileridir?
() Baş () Sırt/Bel () El/Kol () Bacak/Diz () Göğüs
- 14.Ağrı günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?
()Evet ()Hayır
- 15.Ağrınız evde kendi bakımınızı yapmanızı etkiliyor mu?
()Evet ()Hayır
- 16.Ağrınız uykunuzu etkilemekte midir?
()Evet ()Hayır
- 17.Çevrenizdeki bireylerin ağrınıza ilişkin yaklaşımlarını nasıl buluyorsunuz?
() Ağrımı önemsemiyorlar () Ağrımı önemsiyorlar
() Diğer (Açıklayınız)
- 18.Ağrı yakınması nedeniyle hangi sıklıkla bir sağlık kurumuna başvurursunuz?
() Her hafta () Ayda bir kaç kez () Üç ayda bir
() Diğer(Açıklayınız)
- 19.Ağrılarınızı /sorunlarınızı yeterince ifade edebilme imkanı bulabiliyor musunuz? Açıklayınız.
()Evet ()Hayır
20. Ağrıyla baş etme yöntemleriniz nelerdir?
.....

10.2. Ek 2 Geriatrik Ağrı Ölçeği

Geriatrik Ağrı Ölçeği

Bu ölçekteki cümleler, yaşlılarda ağrı belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Her cümle ile ilgili görüş kişiden kişiye değişebilir ve vereceğiniz cevaplar sizin kendi görüşünüzü yansıtmalıdır. Her cümle ile ilgili görüşünüzü belirtirken, önce cümleyi dikkatlice okuyunuz, sonra cümlede belirtilen düşüncenin, sizin düşünce ve duygularınıza uygun olanı işaretleyiniz. Aşağıdaki cümleler size; uygun değilse “Hayır” uygunsa “Evet” şeklinde aşağıda belirtilen yerlere çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

	EVET	HAYIR
1. Koşma, ağırlık kaldırma, yorucu spor yapma gibi şiddetli aktivitelerden sonra ağrınız oluyor mu?		
2. Spor yaparken, elektrik süpürgesi iterken, ağır bir masayı iterken gibi orta derecede ağır aktiviteleri yaparken ağrınız oluyor mu?		
3. Alışveriş malzemelerini taşıırken ya da kaldırırken ağrınız oluyor mu?		
4. Birden fazla merdiveni çıkarken ağrınız oluyor mu?		
5. Sadece birkaç basamak çıkarken ağrınız oluyor mu?		
6. Bir bloktan öteye yürüdüğünüzde ağrınız oluyor mu?		
7. Bir blok ya da bir bloktan az yürüdüğünüzde ağrınız oluyor mu?		
8. Banyo yaparken ya da giyinirken ağrınız oluyor mu?		
9. Ağrıdan dolayı işe ya da diğer aktivitelere ayırdığınız zaman azalıyor mu?		
10. İsteddiğiniz başarınız ağrıdan dolayı azalıyor mu?		
11. Aktivitelerinizi ya da yaptığınız işi ağrınızdan dolayı sınırlandırdığınız oluyor mu?		
12. Yaptığınız iş ya da aktiviteler ağrıdan dolayı ekstra çaba gerektiriyor mu?		
13. Ağrıdan dolayı uyku problemlerinizi oluyor mu?		
14. Ağrı hissi dini aktivitelerinizi yapmanıza engel oluyor mu?		
15. Ağrı sizin sosyal ya da eğlence aktivitelerine katılmanızı engelliyor mu?		
16. Ağrı sizin seyahat ya da standart ulaşımınızı engelliyor mu?		
17. Ağrı sizin yorgun ve tükenmiş hissetmenize neden oluyor mu?		
18. Ağrı nedeniyle aile üyelerine ve arkadaşlarınıza bağımlı olmak zorunda mı kalıyorsunuz?		
19. 0 - 10 arası bir skalada “0”; ağrı yok, “10” hayal edebileceğiniz en kötü ağrı anlamında ise sizin ağrınız bugün hangi şiddettedir? 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
20. Son 7 günde, 0- 10 arası bir skalada “0” hiç ağrı yok, “10” hayal edebileceğiniz en kötü ağrı ise sizin ağrınız ortalama ne kadar şiddetli? 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
21. Tamamen bitmeyen ağrınız var mı?		
22. Her gün ağrınız var mı?		
23. Haftada bazen ağrınız oluyor mu?		
24. Son 7 gün içinde ağrınız sizin üzgün ve depresif hissetmenize neden oldu mu?		

10.3. Ek 3 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği

Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği

Bu ölçekteki cümleler, ağrıyla başa çıkma yöntemlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Her cümle ile ilgili görüş kişiden kişiye değişebilir ve vereceğiniz cevaplar sizin kendi görüşünüzü yansıtmalıdır. Her cümle ile ilgili görüşünüzü belirtirken, önce cümleyi dikkatlice okuyunuz, sonra cümlede belirtilen düşüncenin, sizin düşünce ve duygularınıza uygun olanı işaretleyiniz. Aşağıdaki cümleler size; hiç uygun olan “Hiçbir zaman”, “Çok az”, Arada sırada” ve “sık sık” seçeneklerinden birini seçerek aşağıda belirtilen yerlere çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Çok az	Arada sırada	Sık sık
1. Yatağımda uzanırım ya da uyurum				
2. Arkadaşlarım, ailem ya da eşimle konuşurum, telefonda birisiyle konuşurum				
3. İşime veya ev işine dikkatimi veririm				
4. Germe ya da esneklik sağlayıcı hareketler yaparım				
5. Sıcak bir duş alırım ya da banyo yaparım				
6. Yürüyüşe çıkarım				
7. Hoşlandığım bazı şeyleri yaparım (özel zevkler)				
8. Başkaları ile birlikte olmaya çalışırım				
9. Ağrımın olmadığını hayal ederim				
10. Sakinleştirici ilaç alırım (diazem, librium gibi)				
11. Ben Gay, Naprosyn gibi bir ağrı merhemi kullanırım				
12. Kendi başıma, yalnız kalırım				
13. Isıtıcı ya da soğutucu torba (termofor), havlu vb. kullanırım				
14. Ağrının bana verdiği ızdıraba dikkat kesilirim				
15. Derin nefes alıp vererek gevşemeye çalışırım				
16. Magazin dergisi, gazete veya kitap okurum				
17. Olumlu vasıflarım üzerinde düşünürüm				
18. Askı veya bileklik gibi destek kullanırım				
19. (Doktor reçetesi ile) Uyuşturucu ağrı kesiciler (morfin, kodein) alırım				
20. Televizyon izlerim veya radyo dinlerim				
21. Ağrıyan kısmımı yükseğe kaldırırım veya destek olarak bir yastık kullanırım				
22. Başka şeyleri düşünürüm				
23. Rahatlatıcı müzik dinlerim				
24. Ağrılarım ne kadar şiddetli diye düşünürüm				
25. Ağrıya daha fazla dayanamayacağımı düşünürüm				
26. Başkalarından yardım ve destek isterim				
27. Hoşlandığım bir şeyler yaparım				
28. Kendimi kötü hissederim ve ağlarım				
29. Benden daha kötü durumdaki insanları düşünürüm				

10.4. Ek 4 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, Giresun ili Keşap ilçe merkezinde yaşayan yaşlı bireylerdeki ağrı prevalansını ve ağrı ile baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla, KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisi Sevda ÖZTÜRK tarafından yapılacaktır.

Sizi “Giresun ili Keşap ilçe merkezinde yaşayan yaşlılarda ağrı prevalansı ve ağrıyla baş etme yöntemleri” adlı yüksek lisans tez çalışmasına davet ediyorum. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar ağrıyı kontrol etmek için sağlık hizmeti planlayan biz sağlık çalışanlarına yol gösterici olacaktır. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

10.5. Ek 5 Kurum İzni

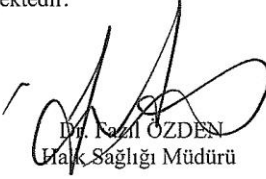
T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 65231106 /
Konu : Tez Çalışması

Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL
KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Müdürlüğümüze vermiş olduğunuz 15.02.2015 tarihli dilekçeniz incelenmiş olup, Danışmanı olduğunuz Sevda ÖZTÜRK' ün tez çalışması olan "Giresun İli Keşap İlçe Merkezinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Prevalansı ve Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri" adlı araştırmasını Giresun Keşap İlçe Merkezinde yaşayan yaşlılar üzerinde yapması; araştırma sonucunun bir nüshasının Müdürlüğümüze gönderilmesi, hasta mahremiyetine ve sağlık bilgilerinin gizli kalmasına riayet etmek koşulları ile uygun görülmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.


Dr. Nazım ÖZDEN
Halk Sağlığı Müdürü

Halk Sağlığı Müdürlüğü - Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizm. Şube Mtd./GİRESUN
TEL:0 454 260 20 00 /161 Faks: 0 454 260 20 06 e.posta: hsm28. ahts @saglik.gov.tr

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 69
Konu: Onay Belgesi

Tarih:28/01/2015

Sayın; Doç.Dr.Nesrin NURAL
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Giresun İli Keşap İlçe Merkezinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Prevalansı ve Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri” başlıklı etik kurul 2014/151 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

11. ETİK KURUL ONAYI (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Giresun İli Keşap İlçe Merkezinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Prevalansı ve Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri"			
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2014/151			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Nesrin NURAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Sevda ÖZTÜRK			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	UZMANLIK TEZİ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANİ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

11. ETİK KURUL ONAYI (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 14	Tarih: 12/01/2015
	Doç.Dr.Nesrin NURAL'ın sorumluluğunda yürütülen Yük.Lis.Öğr.Sevda ÖZTÜRK'e ait "Giresun İli Keşap İlçe Merkezinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Prevalansı ve Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri" başlıklı 2014/151 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Hafız AYDIN Üye:	Ortopedi ve Travmatoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Yüksel ALIYAZICIOĞLU Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raporör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gülşay KARAGÜZEL Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Fatih Mehmet GÖKÇE Üye:	Fizyoloji	RTE Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Bahadır ÇEKİÇ Üye:	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Dr.Dilek MALKOÇ Üye:	Aile Hekimi	Sürmene Aile Sağlığı Merkezi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Miraç ÇELİK Üye:	Hukuk	KTÜ Hukuk Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Tufan SAĞLAM Üye:	Tekstil	Serbest (Tekstil Mühendisi)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki / ** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : Öztürk, Sevda
Uyruğu : TC
Doğum Tarihi ve Yeri : 15/05/1991 Giresun
Medeni Hali : Bekar
Telefon : 0545 392 02 30
E posta : sevda_ozturk28@hotmail.com
Yazışma Adresi : Bozkurt Mah. Menekşe Sok. Örnek Evler
3.Blok No:4 Keşap/GİRESUN

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Süre (Yıl-Yıl)
Lisans	Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2008-2012
Lise	Giresun Fen Lisesi	2004-2007

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Görev	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1.Hemşire	Giresun Yağlıdere İlçe Devlet Hastanesi	2014-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

İç Hastalıkları Hemşireliği