

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ 65 YAŞ ÜSTÜ NÜFUSTA
KRONİK AĞRI SIKLIĞI VE ETKİ EDEN
FAKTÖRLER**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Merve Nur BİLİCİ ATIK

EDİRNE – 2019



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, hem asistanlık eğitimimde hem tez sürecinde desteğiyle beni yüreklendiren değerli hocam Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve her zaman yardımcı olan eşim Dr. Özgür Barış ATİK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
YAŞLILIĞIN TANIMI	3
YAŞLILIKTA TEMEL DEĞİŞİKLİKLER VE KARŞILAŞILAN SORUNLAR	5
AĞRI	6
YAŞLILARDA AĞRI	8
KRONİK AĞRI	10
YAŞLANMA SÜRECİ VE KRONİK AĞRI İLİŞKİSİ	12
YAŞLILARDA KRONİK AĞRI NEDENLERİ	14
YAŞLILARDA KRONİK AĞRI YÖNETİMİ	20
GEREÇ VE YÖNTEM	23
İSTATİKSEL ANALİZ	25
BULGULAR	26
KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKLER	38
TARTIŞMA	59
SONUÇLAR	69
ÖZET	72
SUMMARY	74
KAYNAKLAR	76
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

GAÖ : Geriatrik Ağrı Ölçeği

IASP : International Association for the Study of Pain

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma biyolojik, fizyolojik, duygusal ve fonksiyonel boyutları olan, bireyler arasında farklılıklar gösteren, moleküler ve hücresele düzeyde baskılanma ile oluşan bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre de yaşlanma özürllülüklerin artması ve başkalarına daha çok bağımlı olma halidir (1).

Uluslararası ağrı araştırmaları derneğı ağrıyı vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir hasara bağılı olan veya olmayan, kişinin deneyimleri ile ilgili, sensoryal, emosyonel ve hoş olmayan bir duygu olarak tarif etmiştir (2,3).

Ağrı, yaşlılarda en sık bildirilen semptomdur (4). Ağrının aktivite kısıtlaması, mobilite kısıtlılığı, sosyalizasyon eksikliği, anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu, dikkat eksikliği, yürüme bozuklukları, yaşam kalitesinde azalma ve sağlık bakım giderlerinde artışa neden olduğu belirtilmektedir (5,6).

Kronik ağrı ise çok yönlü bir olaydır, etiyojisi ise spekülatifdir. Normal doku iyileşmesi olarak kabul edilen 3 aylık süreyi aşan ağrılar kronik ağrı olarak kabul edilmektedir (103). Biyolojik, psikolojik, kültür, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik faktörlerin kompleks etkileşimine bağılı olarak kronik ağrı %45-80 oranında değişmektedir. Milo ve ark. yaptıkları çalışmada 65-74 yaş arası bireylerde ağrı görülme oranını %72,4 olarak tespit etmiş ve ağrının kadın cinsiyette daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Reyes, Giby ve ark. ise yaptıkları çalışmada 65-74 yaş arası bireylerin %80'nin hafif, %19'unun şiddetli derecede ağrı sıklığının olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda çalışmalarında ağrının sosyodemografik bilgi, bakım hizmetlerine erişebilme, sağlık hizmetlerine erişebilme, sağlık durumu gibi birçok faktörden etkilendiğini göstermişlerdir (7,8,9).

Kronik ağrı yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkileyen ve sıklıkla karşılaşılan şikayetlerden biri olmasına rağmen, pek çok yaşlı birey ağrıyı yaşlılığın doğal bir sonucu olarak düşünmekte, ağrılarını sık olarak bildirmemekte ve hekime başvurudan çekinmektedir (10). Bu nedenle tedavi modelleri geliştirilirken kronik ağrının kaynakları iyi bilinmeli, depresyon ve emosyonel streslere neden olarak günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte olduğu unutulmamalı, sosyoekonomik boyutu ve ek hastalıklarla ilişkisi göz önünde bulundurulmalıdır (8,11,12).

Biz de bu çalışmada Edirne il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 65 yaş ve üzeri nüfustaki kronik ağrı sıklığını, kronik ağrıyı etkileyen faktörleri ve ağrının günlük yaşam aktivitelerine olan etkisini belirlemeyi amaçladık.



GENEL BİLGİLER

YAŞLILIĞIN TANIMI

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönüşümsüz, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tümünü içeren fizyolojik bir süreçtir. Yaşlanma süreci doğumla birlikte başlar ve ölüme kadar çok sayıda değişiklikle son bulur. Yaşlanma bireyler arasında farklılıklar gösterir. Bu sürecin son bölümü ise yaşlılık olarak adlandırılmaktadır. Yaşlılığın başlangıcı toplum, kültür, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik koşullara göre de farklılıklar göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı sağlık raporunda yaşlılığı özürllüklerin artması ve başkalarına daha çok bağımlı olma hali olarak ve 65 yaş ile üzeri bireyleri de “yaşlı” olarak tanımlamaktadır (7). Birleşmiş Milletler ise yaşlılık ile ilgili çalışmalarında genellikle 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır (13).

Yaşlanma süreci birçok faktöre bağlı olarak, aşağıdaki başlıklar şeklinde tanımlanabilir (14):

1. Genç (Erken) Yaşlılık: 65-74 yaş arasını kapsar. Sıklıkla emeklilik sonrası dönemi oluşturur.
2. Orta Yaşlılık: 75-84 yaş arasını kapsar. Sıklıkla işlevsel kayıplar görülmeye başlar, fakat kişi tek başına da yaşamını sürdürebilir.
3. İleri Yaşlılık: 85 yaş ve üzerini kapsar. Özellikle bu dönemde bireyler yardıma ve başkalarının bakımına gereksinim duyabilirler.

Yaşlanma süreci farklı kategorilerle de değerlendirilebilir. Gerontologlar tarafından da dört farklı kategoride değerlendirilmektedir:

1. Kronolojik Yaşlanma: Bireyin doğumundan itibaren geçen yılların sayısal değeridir (14).

2. Biyolojik Yaşlanma: Zigot haliyle başlayıp bireyin geçirdiği fizyolojik, anatomik ve morfolojik süreçtir (14,15). Biyolojik yaşlanma; doku biyokimyasında değişiklikler, fizyolojik değişiklikler, hastalıklara artmış duyarlılık ve sonuç olarak artan mortaliteyi içermektedir (14).
3. Psikolojik Yaşlanma: Bilişsel ve zihinsel performans hızındaki azalma ile yaşlılıkta ortaya çıkan tüm davranış, uyum ve mental fonksiyonlarındaki değişimleri kapsar (14,16).
4. Sosyal yaşlanma: Bireyin toplumdaki rol, statü ve beklentilerinin değişmesiyle birlikte yaşlı bireye bakış açısını ifade etmektedir (17,18).

Türkiye’de de 1970’li yıllardan itibaren 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfus içindeki payı artmıştır. 1970’li yıllarda %4-5, 2008 yılında %7, 2015 yılında %8,2 olan yaşlı nüfusun 2023 yılında ise %10,2’ye çıkacağı ve 2040 yılına kadar %200 kadar bir artış göstereceği tahmin edilmektedir (7,19,13). 75-84 yaş grubunun toplam nüfus içindeki oranı son 50 yılda %0,9’dan %2,4’e yükselirken, 85 yaş ve üzeri nüfusun oranı son 60 yılda çok fazla değişime uğramamış ve %0,3 ila %0,4 arasında kalmıştır . Türkiye’de toplam nüfus artış hızı 2013 yılında %3,7 iken, yaşlı nüfusun artış hızı %36,2’dir. Sayısal olarak ise yaşlı nüfus 2020 yılında 7-8 milyon dolayına ve 2050 yılında da 12 milyona yükseleceği öngörülmektedir (20,21). Çok ileri yaşlı nüfusun da (85 yaş ve üzeri) yaşlı nüfus içinde oranı artacaktır. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun %12’si çok ileri yaşlı nüfus olması öngörülmektedir, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise çok ileri yaşlı nüfusun, yaşlı nüfusun %6’sını oluşturacağı öngörülmektedir (13). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının dünya ve Türkiye’deki bu artışıyla sağlık sorunları da beraberinde gelecektir. Bu nedenle de artan yaşlı nüfus, toplumun özellikli bir grubu kabul edilmektedir (7,18).

Günümüzde de gözlemlenen toplumsal yaşlanma nüfus açısından 4 gruba ayrılmıştır:

1. Genç toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus %4’den azdır.
2. Erişkin toplumlar: 65 yaş nüfus %4-7 arasındadır.
3. Yaşlı toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus %7-10 arasındadır.
4. Çok yaşlı toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus %10 üzerindedir (22).

Sanayileşmiş ülkelerde 65 yaş üzeri nüfus %10’ların üzerindeyken, az gelişmiş ülkelerde %5’lerde, en az gelişmiş ülkelerde ise %3’lerde yer almaktadır (23). Ayrıca yaşlı nüfusunun %80’inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (8). Daha önce de belirttiğimiz gibi Türkiye de yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkeler kategorisinde yer almaktadır. Ve bu kategorideki ülkelerde 2020 yılına kadar ölümlerin

%75'inin yaşlanma ile ilgili olacağı tahmin edilmektedir (13). Ancak nüfusun yaşlanması Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla ele alınan bir konu değildir (7).

Dünyadaki ile benzer şekilde Türkiye'de de ölümlerde ve doğurganlıkta oluşan azalma ile yaşam süresi uzamıştır. 1940'lı yıllarda erkekler ortalama 30 yaş, kadınlar 33 yaşa kadar yaşarken günümüzde erkekler 71 yaşa, kadınlar ise 76 yaşa kadar yaşayabilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu verileriyle 2025 yılında yaşam beklentisi erkekler için 73,1'e, kadınlar için ise 78,9'a yükseleceği öngörülmektedir (20). Türkiye'de yaşam süresinde uzamayla birlikte köyden kente göçte artma, öğrenim düzeyinde iyiye gitme, kadınların çalışma hayatına girmesi, anne-çocuk sağlığında iyileşme sebepleriyle dünya genelinde doğurganlık hızı hızlı bir şekilde azalmıştır. 1960'lı yıllarda çekirdek bir ailedeki çocuk sayısı ortalama 6, günümüzde iken 2023 yılında ise 1,85 gibi ortalama bir değer olacağı öngörülmektedir (13,19).

Sunulan rakamsal ifadeler tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de ön plana çıkan yaşlıların ve yaşlılığın önemle üzerinde durulması gerektiğini vurgulamaktadır. İleri yaşlılık döneminde etkisi artan fiziksel, sosyal, ekonomik, psikik yetersizlik durumları yaşlı bireylere yönelik sağlık bakımı ve izlemlerin ileri düzeyde ele alınıp karşılanmasını gerekli kılmaktadır. Çünkü yaşlı bireyin günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta, yarı bağımlı ya da tam bağımlı hale gelmektedir (24,25,26).

YAŞLILIKTA TEMEL DEĞİŞİKLİKLER VE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Zamanla bireyin değişen çevreye uyum sağlama potansiyeli azalır, organizmanın iç ve dış etmenler arasında dengesi sağlanamaz duruma gelir. Biyolojik yaşlanma ile artan kayıplar sonucunda hastalıklara ve yaralanmalara karşı korunmasız olması sonucu moleküler ve hücresel düzeylerde baskılanma oluşmaktadır. Vücutta kalp-damar sistemi, böbrekler, sindirim sistemi, karaciğer, beyin, sinir sistemi, akciğerler ve endokrin sistemde işlevsel olarak yetersizlikler başlamaktadır (8,17,26).

65-79 yaş aralığındaki bireylerin %11,5'i hareket etme, banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacı ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duymaktadır. Yaşlı nüfus hastalıklarla daha çok karşılaşmakta, sonuç olarak sağlık merkezlerine başvurmakta ve hastanede yatmaktadırlar. Türkiye'de 65 yaş üzeri bireylerin %90'ında kronik bir hastalık mevcut olup bireylerin %39'unun günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırmıştır (26,27,28). Bu şekilde yaşlı bireylerin sosyal sorunlarının sağlık sorunlarını tetiklemesi sağlık hizmeti alma gereksinimlerini artırmaktadır (19).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılında yayınladığı çalışmada dünya hastalık yükü ile ilgili verilerde ülkeleri sosyoekonomik düzeylerine göre sınıflandırmıştır. 60 yaş ve üzeri

bireylerde ilk sırada duyuşsal bozukluklar görölürken düşük ve orta gelirli ölkelerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, depresyon, diyabet, yüksek gelirli ölkelerde demans ve osteoartrit en fazla fonksiyon kaybı ve maddi yüke neden olan hastalıklardır (13). Türkiye de ise yaşlı bireylerde kronik hastalıkların sıklığı sırasıyla; hipertansiyon (%30,7), osteoartrit (%13,7), kronik kalp yetersizliği (%13,7), diyabetes mellitus (%10,2), koroner arter hastalığı (%9,8) ve osteoporozdur (%8,2). Yaşla birlikte bu sağlık sorunları nedeniyle yaşlı bireylerin sosyal aktiviteleri yapma becerileri ve aktivitelere katılımları da azalmış olur (29,30).

Yaşlı bireylerin yakınmaları sıklıkla önemsenmez ve yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşünölebilir. Hastalıklar sık ve atipik seyirli, hastalık etkenleri, belirti ve bulguları farklıdır. Bununla birlikte yaşlılık bir hastalık değildir. Yaşlı bireylerde hastalık ve nedenleri tanınmalı ve bulguları birbirinden ayırt edilmelidir. Bu nedenle yaşlılarda gelişen hastalıkların tedavisi için yaşlı bireylerin bir bütün olarak ele alınması ve değerlendirilmesi gerekir (31,32,33).

Yaşam beklentisinin ve sonucunda yaşlı nüfusun giderek artması ile yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini artırmak için yollar aranmakta sağlıklı yaşlanmanın sağlanması için politikalar geliştirilmektedir. Yaşlı bireylerin sağlık risklerini, ruhsal durumunu belirlemek ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmelerini sağlamak için kapsamlı geriatric değerlendirme düzenli olarak yapılmalıdır (32).

AĞRI

Uluslararası ağrı araştırmaları derneğı ağrıyı vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir hasara bağı olan veya olmayan, kişinin deneyimleri ile ilgili, sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu olarak tarif etmiştir (8). Ağrı duyusu merkezi sinir sistemi aktivitesinin yanı sıra eş zamanlı olarak duyguların, düşüncelerin, inançların iç içe geçmesi; depresyon, sosyalleşmenin azalması, uyku bozuklukları, azalmış hareketlilik gibi kronik ağrı komplikasyonları; yaşlılarda, ağrının varlığında kötüleşen bilişsel işlev bozukluğu ve malnütrisyon gibi durumlarla şekillenen bir deneyimdir (34).

Mekanizmalarına göre ağrı sınıflaması:

Nosiseptif Ağrı: Nosiseptif ağrı nosiseptörlerin mekanik, kimyasal ve termal etkenlerle uyarılması sonucu oluşur. Nosiseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Nosiseptif ağrı da somatik ve visseral ağrı olarak iki gruba ayrılır. Somatik ağrı yoğun; visseral ağrı ise yaygın, lokalizasyonu belirsiz, tarif edilmesi ve değerlendirilmesi güç bir ağrıdır. Temel farklılık somatik ağrının duyuşsal liflerle, visseral ağrının sempatik liflerle taşınmasından kaynaklıdır. Ayrıca nosiseptif ve nöropatik ağrının birlikte olduğu kronik bel

ağrısı, kanser ağrısı gibi mikst ağrı tablolarıda mevcuttur. Tanıda öykü, nörolojik muayene, görüntüleme yöntemleri, elektrofizyolojik çalışmalar ve deri biyopsisini içeren yardımcı incelemeler önem taşır (35).

Nöropatik Ağrı: Santral veya periferik yaralanmaya sekonder, sürekli nosiseptif uyarıyla sinir sistemi adaptasyonlarının sonucunda, nörolojik bir yapının duyarlı hale gelmesi veya uyarandan bağımsız spontan olarak oluşan, şok ve yanma şeklinde bir ağrıdır (35,36). Uluslararası ağrı çalışma derneği, nöropatik ağrıyı sinir sistemindeki primer bir lezyon ya da disfonksiyon sonucunda oluşan ağrı olarak tanımlamaktadır (37). Nöropatik ağrı, metabolik hastalıklar sonucu ortaya çıkan ve psikojenik olarak değerlendirilen ağrıları tanımlamak için de kullanılmaktadır. Nöropatik ağrılı hastalar sıklıkla yanıcı veya batıcı ağrı şeklinde, parestezi, dizestezi, allodini ve hiperaljezi şikayetleri ile başvurmaktadır. Hastalar dokunma, basınç, soğuk, sıcak gibi uyarılara artmış yanıt verirler. Santral ve periferik nöropatik ağrı olarak ikiye ayrılmaktadır (35). IASP'ye göre santral nöropatik ağrı, "santral sinir sisteminde fonksiyon bozukluğu veya primer lezyonun başlattığı veya neden olduğu ağrı" olarak tanımlanabilir. Periferik nöropatik ağrı ise periferik sinir sisteminde diyabetik nöropatiler gibi inatçı lezyonların olduğu durumlardır (35).

Deafferantasyon Ağrısı: Sinir sistemi yaralanmaları sonucunda uyaran iletiminin merkezi sinir sistemine gidişinin kesilmesi ile ortaya çıkar. Talamik ağrılar, fantom ağrıları buna örnektir (35,37).

Reaktif Ağrı: Motor veya sempatik afferent sinir liflerinin refleks aktivasyonu ile nosiseptörlerin uyarılması sonucu oluşan miyofasyal ağrı sendromu buna örnektir (35,37).

Psikosomatik Ağrı: Kronik ağrılı hastalarda birtakım psikolojik semptomların ortaya çıkması doğal kabul edilmektedir. Çünkü kronik ağrılı bireyin sosyal yaşantısında değişiklikler olmakta ve toplumdan itilmiş hissetmektedir. Fakat psikosomatik ağrı farklı bir kavram olarak; psişik ya da psikososyal sorunların hasta tarafından ağrı biçiminde ifade edilmesidir. En tipik örnek somatizasyon bozukluğudur. Hasta kişisel, toplumsal ve ekonomik sorunlarını ağrıyı kullanarak ifade etmekte ve kendisine dikkat çekmeye çalışmaktadır. Bu hastalar mutlaka psikiyatrik açıdan kontrol dahilinde olmalıdır (38).

Yansıyan Ağrı: Bazı organ ve derin dokulardan kaynaklanan ağrılar, uyarı yerinden farklı bir yerde hissedilebilir. Kardiyak ağrının sol kola, diyagrafmatik ağrının sol omuza yansıyarak hissedilmesi örnek verilebilir (2).

Tetik Noktaları: Cilt, kas ve bağ dokusunda hipersensitif noktalardır. En sık miyofasyal yapılar ve basınç, iğneleme, hareket, gerilme, aşırı sıcak ve soğukla uyarılmış olur.

Kas-iskelet sistemindeki birçok tetik noktasının yerleşimi akupunktur noktalarına denk gelmektedir. Tedavide ise bu noktalara lokal anestezi uygulanması etkili olmaktadır (2).

Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı sınıflaması:

Somatik Ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanan, ani başlayan, keskin, iyi lokalize edilen ağrıdır (2,38).

Viseral Ağrı: Kimyasal iritanlar, organların ani gerilmesi, aşırı kasılmalar ve kan akımının azalması nedenler arasında sayılabilir. Viseral ağrı yaygın, lokalizasyonu güç, yansıyan tipte olabilir. Kan basıncı ve nabız sayısında değişme, kas rijiditesi ve hiperestezi ile birliktedir (2).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile oluşan ağrılardır. Kompleks rejyonel ağrı sendromu ve kozaljiler buna örnektir (2).

YAŞLILARDA AĞRI

Ağrı kişilerarası değişkenlik gösteren subjektif bir deneyimdir. Kişinin yaşam kalitesini, iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (8). Dünya genelinde akut ağrı muhtemelen tüm yaş gruplarında benzer oranlarda görülmektedir. Kronik ağrı ise, 65-70 yaşına kadar artarak zirve yapar ve 70-75 yaşında platoya ulaşır. 75-80 yaşından sonra ise azalır (4).

Ağrı, yaşlılarda en sık bildirilen semptomdur. Türkiye’de ağrı prevalansı %88,8 kronik ağrı prevalansı ise %64,7 olarak rapor edilmiştir. Bakım evlerinde yaşayanlarda ise kronik ağrı prevalansı %40-80 arasında değişmektedir (39,4,6). Yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü bireylerin %85’inin orta ile şiddetli ağrı yaşarken %28’den fazlasının sürekli ağrı yaşadığı tespit edilmiştir (40). Ağrı prevalansının yanı sıra yapılan çalışmalarda yaşlılarda görülen ağrı türleri ve yerleri de farklılık göstermektedir. Yaşlı popülasyonda yapılan bir çalışmada 70 yaş ve üzeri hastalarda daha sık ağrılı bölgeler diz, uyluk, ayak bileği-ayak ve omuz bölgesi olmuştur (26). Yaşlılarda kronik ağrının en sık sebebi olarak bulunan bel ve diz ağrısı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha sık olup, ciddi fiziksel, psikolojik ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır (39,41,42). En büyük iş gücü kaybı olarak bel ağrısının yaşam boyu riski %60-85’tir (34,43).

Kronik ağrı deneyiminde cinsiyet, yaş, etnik köken, yaşam tarzı, fizyolojik sağlık açısından farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda erkeklerden, siyah ırkta beyaz ırktan, kronik morbiditeye sahip hastalıkları olanların sağlıklı popülasyondan, sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük olanların yüksek olanlardan, obez kişilerin normal kilolulara göre daha fazla ağrı deneyimledikleri bilinmektedir (44,45,46). Atalay ve arkadaşları yaşlı popülasyonda bel ağrısı sıklığını %58,5, Panazzolo ve arkadaşları %27,8, Seçkin ve arkadaşları %9,6, olarak

bildirmişlerdir. Bressler ve arkadaşları toplum içinde yaşayan yaşlılar arasında bel ağrısı yaygınlığının %12,8 ile %49,0 arasında değiştiğini bildirilmişlerdir. Birbirinden farklı sonuçların çalışmanın yöntemine ve ülkelerin sosyo-ekonomik ve kültürel durumuna bağlı olduğu ileri sürülmüştür (46).

Yaşlılarda ağrı inançları ve ağrıyla başa çıkma stratejilerinde de farklılıklar görülebilmektedir. Cornally ve McCarthy'nin yaşlı hastalarla yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılanlarda ağrının kökeninin yaşa bağlı olması inancının yaygın olduğu, özellikle ağrının organik kökenli oluşuna inanan bireylerin yardım talep etme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların ağrının kökeninin psikolojik inançlara bağlı olmasından daha çok yaşa bağlı olduğu inancının ön planda olduğu belirtilmiştir (11,12).

Ağrının özellikle geriatrik bireylerde yaşla ilişkilendirildiği ve psikolojik inançların da eşlik ettiği söylenebilir. Yaşlı bireylerin ağrıya yönelik kendi tutumları, inançları ve beklentileri ağrıyı ifade etmelerinde eksikliklere neden olabilir. Yaşlılar arasında ağrının yaşlanmanın doğal bir süreci olarak görülme inancı, ağrılarını sık olarak bildirmemelerine yol açar (11,5). Bunun yanında yaşlı bireyler ağrılarını ifade ederler ise hastanede yatmayı, birçok tanı işleminin yapılmasını, narkotik analjeziklerin bağımlılık riskini düşünerek ağrılarını söylemekten çekinebilirler (8,10).

Her semptomda olduğu gibi ağrı değerlendirmesinin ilk aşaması hastanın öyküsünün alınmasını içermektedir. Öykü alınırken ağrının başlama yeri, zamanı, şekli, şiddeti, değişimleri, günlük yaşama etkisi, ağrıyı artıran ve azaltan etmenler, ağrıyı ya da başka hastalıklarını gidermek için kullandığı ilaçlar öğrenilmelidir. Bunun yanında yaşlının yüz buruşturma, huzursuzluk gibi ağrı davranışları değerlendirilmelidir. Yaşlılarda birden fazla bölgede ağrı olabileceğinden ağrı şiddetinin hangi bölgeye ilişkin olduğu dikkate alınmalıdır. Ayrıca yaşlılarda ağrı günlükleri ile, ağrıya odaklanarak ağrının çeşitli yöntemlerle önüne geçilebilmesi için, ağrı hissettiği dönemlerde not etmesi istenebilmektedir (8,47).

Yaşlılarda ağrılı uyarana duyarlılıkta azalma bulunmaktadır. Ancak ağrıya duyarlılıkta azalma, yaşlıların daha az ağrı duydukları anlamına da gelmemektedir. Yaşlılar ağrılarını ifade ettiklerinde, ağrıya neden olan durumun aynı derecede ağrı bildiren genç bireylere göre daha ciddi bir seviyede olduğu anlamına gelebilmektedir. Ayrıntılı tıbbi öykünün ardından ayrıntılı fizik muayene yapılmalıdır. Fizik muayene ağrı ifade edilen bölgenin yanı sıra, kas iskelet sistemini ve santral sinir sistemini de içermeli, gerekiyorsa psikiyatrik ve bilişsel muayene derinleştirilmelidir. Bireyin durumuna göre tıbbi öykü ve fizik muayenede elde edilen bulgulara göre ek tanısal testler de istenebilmektedir (8).

KRONİK AĞRI

Kronik ağrı normal doku iyileşmesi olan üç aylık süreyi aşan, iyileşme sürecinden bağımsız, beraberinde affektif, bilişsel ve motivasyonel bozuklukların da eşlik ettiği, fonksiyonel azalma ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açan, multimodal tedavi gerektiren maladaptif bir durumdur (48,6). Ağrının iki parametresi olan patoloji ve süre açısından bakıldığında; belirgin patoloji olan ve kısa süreli durumlarda akut ağrıdan, belirgin olmayan patoloji ve uzun süreli durumlarda kronik ağrıdan söz edilebilir (43) Uzamış inflamasyon, periferik sensitizasyon ve santral sensitizasyon ile, moleküler ve hücresele süreçleri barındıran ağrı iletimini değiştirir. Kronik ağrıyı oluşturan bu mekanizmalar, ağrının algılanma sürecinin değişmesine yol açar. Hem nosiseptif hem nöropatik hem de mikst tipteki ağrılar kronikleşebilir (48).

6 aydan fazla süredir devam eden, medikal ve cerrahi yöntemlere yanıt vermeyen ağrı mevcut ise “tedaviye dirençli ağrı” durumundan söz edilmektedir. Bu bağlamda “merkezi ağrı” olarak isimlendirilen durum, sinir zedelenmesinden ya da santral sinir sisteminde bağımsızlaşmış ekzitasyon-inhibisyon yollarından oluşmaktadır (49).

Kronik ağrının oluşmasında etkili faktörler:

Bilişsel Faktörler: Ağrı hisseden yaşlı bireylerin inançları, beklentileri, sosyal destekleri, sağlık güvenceleri, hatta işverenlerin yaklaşımı hastanın ağrı kontrolü üzerinde etkilidir. Katastrofik düşüncenin bel ağrısının kronikleşmesinde diğer belirtilere oranla en önemli belirleyici olduğu gösterilmiştir. Bireyin ağrıyı yansıtma şekli, daha çok tetkik istenmesine ve daha agresif tedavilere geçilmesine neden olabilir (43).

Emosyonel Faktörler: Kronik ağrıda %30-87 oranıyla en sık depresif belirtiler görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca anksiyete, çaresizlik, kızgınlık, saldırganlık, ümitsizlik olabilir. Deprese bireylerde ise ağrı ön plana çıkabilir. Ağrının başlangıcında depresyon varlığı kronikleşme için önemli bir ön belirleyicidir. Farklı mekanizmaların rol oynadığı fibromiyalji sendromu veya romatoid artritli olan kronik ağrılı hastalarda ise birbirine benzer şekilde depresif belirtiler yaklaşık %35 bulunmuştur. Kadın ve erkek fibromiyalji sendromlu hastalar depresif belirtiler açısından farklı bulunmamıştır (43).

Davranışsal Faktörler: Yaşlı bireyin ağrı deneyimi ile ilgili bilgiler sözel ifadelerinden ve davranışlarından elde edilir. Çevrenin yanıtı ağrı davranışını destekler ve kalıcı hale gelmesine neden olur. Ağrı davranışları sözel, motor, yardım arama ve aktivite sınırlandırma şeklinde olabilir. İnleme, iç çekme, yakınma sözel ağrı davranışlarıdır. Yüzünü buruşturma, topallama, stabil olmayan postür, aşırı yavaş hareket motor ağrı davranışlarına örnek olarak verilebilir. Sık ilaç alma, boyunluk, baston kullanma, sık doktor viziti gibi davranışlar yardım

arama belirtileridir. Aktivitelerde sınırlandırma ise fiziksel aktivitelerde azalmaya neden olur. Yaşlı bireyin sakat bırakacak bir hastalığı olduğuna inancı ve fiziksel aktiviteleri yerine getirmede ağrının geçerli bir mazeret olduğunu düşünmesi yanlış hareket geliştirmelerine neden olur (43,38).

Cinsiyet Faktörü: Genel olarak hem kronik hem akut ağrı kadınlarda erkeklere oranla fazla bulunmuştur. Farklılık hormonal faktörler ile açıklanmaya çalışılmıştır (43).

Etnik ve Kültürel Faktörler: Afrika kökenli Amerikalılarda beyazlara oranla ağrı şiddeti ve dizabilite daha sıktır. Bu durum ağrıya karşı duyarlılık, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yetersiz tedavi ile açıklanabilmiştir (43).

Çevresel Faktörler: Sosyal çevre ağrı yanıtının öğrenilmesinde önemli rol oynar. Ailesinde kronik ağrı hastası olanlarda ağrı davranışları öğrenilir. Sosyal ilişkilerde uyumsuzluk ve iş kaybı oluşmaktadır. Bireyin aile içindeki rolü değişir ve hasta kimliğine bürünür. Aile içi çatışmalar başka bir stres faktörü olarak ortaya çıkar. Özellikle bel ağrısında çevresel faktör olarak sosyoekonomik durum, büyük kentte yaşamak ve işçi statüsünde olmak etkili bulunmuştur (43).

Yaşlı hastalarda sık karşılaşılan ve hastaların yaşam aktivitelerini, fiziksel ve ruhsal durumlarını ve sosyal yaşantılarını etkileyen kronik ağrının etkisiyle sonuç olarak ortaya çıkan durumlar da mevcuttur. Bunlardan fizyolojik olanlar uyku bozukluğu ve sabah yorgun uyanmadır. Ruhsal olarak depresyon, kilo kaybı veya aşırı şişmanlama, ilerleyen dönemde hipokondriyazis ve histeri şeklinde konversiyon reaksiyonları, obsessif-kompulsif kişilik, anksiyete, narkotik ilaç bağımlılığı sayılmaktadır. Daha geç dönemde, yıllar içinde ağrı ile yaşamayı öğrenme ancak onu kabullenmeme durumu oluşmaktadır. Sosyolojik olarakta sosyal ilişkilerde bozulma, işini kaybetme ve sakatlık durumu sayılabilmektedir (50).

Kronik Ağrının Fizyolojisi

Ağrı, vücudun tüm dokularında yer alan periferik sinirlerin uyarılması ile uyarının beyine ulaştığında çeşitli düzenleme ve süzme işlemlerinden geçerek geçmiş deneyimlerle bütünleştirilip hissedilen bir duydur. Ağrı impulsları merkezi sinir sistemine iletim hızları yüksek olan A lifleri ve iletim hızları düşük olan miyelinsiz C lifleri ile taşınır. İnhibisyonu ise presinaptik inhibisyon adı verilen nörofizyolojik mekanizma ile oluşturulur. C lifleri daha fazla uyarıldığında ise substansiya gelatinosa'nın aktivitesi baskılanarak presinaptik inhibisyonla ağrının kontrolü azalır, kapı ağırlı uyarılara açılır (50) Sonuçta, ağrı bilinç düzeyine ulaştığında pek çok işlemde geçmiş olmaktadır. Ağrının kronikleşmesi de bir dizi moleküler ve hücrenel süreç içermektedir. Uzamış nörojenik inflamasyon, periferik ve santral sensitizasyon, ağrı iletim ve işleme sürecini değiştirmektedir. Kronik ağrıda inflamatuvar

maddelerin, nöronal stimülasyonu arttırarak duyarlılaştırdığı nosiseptörlerin uyarılma eşikleri düşer ve nosiseptörler normal uyarılara karşı da duyarlı hale gelir (49).

Kronik Ağrının Patogenezi

Kronik ağrı patofizyolojisinde, santral sinir sistemindeki nosiseptif nöronların normal ya da eşik değerin altındaki afferent uyarılara karşı artmış yanıtı şeklinde tanımlanan santral sensitizasyon yer almaktadır. İkinci olarak desendan inhibitör kontrolün azalması bunu da otonom sinir sistemi değişiklikleri, nörotransmitter değişiklikleri ve stres yanıtı izler (49,80). Fiziksel patoloji olmadığı durumlarda ağrı olması veya fiziksel patoloji olduğu halde hastanın ağrı hissetmemesi kronik ağrının mekanizmasında bilişsel, emosyonel ve davranışsal faktörlerin de olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ağrının biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları aynı derecede önemli kabul edilmektedir (51).

Periferik sensitizasyon ise, ağrının olduğu yerdeki inflamasyona bağlı olarak gelişen periferik nosiseptörlerin uyarılabilirliğinde ve spinal korda ağrı iletiminde artışa neden olarak ağrı oluşturur (51).

Hiperaljezi: Ağrı eşiğindeki düşmeye bağlı olarak normalde de ağrı oluşturan uyarana karşı daha yoğun bir ağrı hissetme ya da sinirlerin kendiliğinden deşarjı sonucunda bir uyarandan ağrı hissetme olarak tanımlanmaktadır (5).

Allodini: Dokunma duyusunu algılayan mekanoreseptörler ile ağrı yolları arasında bağlantı kurulması ile dokunma gibi normalde ağrılı olmaması gereken bir uyarının ağrı oluşturması durumudur (52).

Hiperestezi: Özel duyular dışındaki bir uyarana karşı artmış duyarlılıktır (52).

Hipoestezi: Özel duyular dışındaki bir uyarana karşı azalmış duyarlılıktır (52).

Dizestezi: Kendiliğinden veya uyarı ile ortaya çıkan anormal bir duyudur (52).

Parestezi: Kendiliğinden veya uyarı ile ortaya çıkan hoş olmayan bir duyudur (52).

Hiperpati: Tekrarlanan uyarılara karşı ağrı eşiğinde düşme ile cevabın artışıdır (52).

YAŞLANMA SÜRECİ VE KRONİK AĞRI İLİŞKİSİ

Yaşlanmanın mekanizmasını açıklamaya yönelik geniş çaplı birbirleriyle örtüşen iki teori vardır. Hücre yapısında değişiklik ve hücre hasarına eşlik eden, hem intrinsek (genetik) hem de ekstrinsek (çevresel) faktörler mevcuttur (53). Stokastik (varsayımsal) teorilerde, hücre hasarının birikiminin hücre fonksiyon bozukluğuna, homeostazisi koruma yetersizliğine (yaşlanma) ve ölüme yol açtığı düşünülür. Radyasyon gibi mutagenler genetik materyalde birikici şekilde hasar yapar, fakat yaşlanmaya eşlik eden esas bozukluk, hasarlı DNA'nın onarım yeteneğinin azalmasıdır (53). Bazı güncel yaşlanma teorileri; rastgele genetik hasar

(mutagen veya belirsiz radyasyon hasarı), kromozomal translasyon ve transkripsiyon hataları (protein glikasyonu), gelişim ile ilgili (immün sistem gerilemesi ve nöroendokrin bozukluklar), genetik programlanma (önceden programlanmış hücre ölümü), serbest radikal hasarıdır (53,54).

Genel olarak yaşlanma süreci kollajen birikimi ile oluşan köprülerin, tendon, deri ve kan damarlarının elastikiyetinde azalmaya yol açan moleküler yaşlanma, mutasyonlu hücrelerde artışı ifade eden hücresel yaşlanma, hücrede stres yedek kapasitesinin, sinirsel işlevlerin, duysal değerlendirme yetisinin azalması ile oluşan doku ve organ yaşlanması olarak ifade edilebilmektedir (29).

Yaşlı bireylerde eklem dışı kaynaklı ağrılarda azalma olduğu ve bu konudaki mekanizmanın tam olarak açıklanamadığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalar da ciltteki kalınlık değişiminden yaşlı bireylerde kutanöz ağrı duyarlılığının azaldığını göstermiştir (55). Özellikle kronik ağrıya neden olan yaşlanma süreci ise kas, eklem ve bağ dokusundaki zamanla gerçekleşen değişimleri içerir. Bu değişimleri şu şekilde özetleyebiliriz:

Kaslarda yaşlanma: Yaşlanma ile birlikte kaslarda atrofiler gelişir. Kas kitlesi ve koordinasyonundaki azalmanın nedeni; büyüme hormonu ve testosteron seviyesi ile günlük fiziksel aktivitenin azalmasıdır. Yaşlanmayla kas liflerinin sinir uyarı hızı da azalır. Kas liflerinin hücreleri arası yağ miktarında artış gözlenmektedir. Kas kuvveti 30 yaşından itibaren 10 yılda bir %10-15 oranında azalmaya başlar ve 50 yaşından sonra azalma hızlanır. Kadınlarda 30-35, erkeklerde 50-55 yaşından sonra %0,75-1 oranında kemik yoğunluğu kaybı oluşur. Kemik yoğunluğu kaybı ise osteoporoza bununla birlikte kırıklara ve yumuşak doku hasarıyla ağrılara neden olur (29,56).

Eklem ve bağ dokusunda yaşlanma: Yaşlanma ile ligamanların yapısına katılan proteinlerin kimyasal özelliklerinin değişmesi, elastikiyetin azalmasına, daha kolay yırtılmasına, yırtıldıklarında daha yavaş iyileşmesine neden olur. Yaşlı bireylerde intervertebral disk dejenerasyonu, kırıkta kalsifikasyonu, duysal inputun ve kas gücünün azalması ile yaşlanma oluşur (29,57).

Kemikte yaşlanma: Kırklı yaşlarda başlayan kemik yoğunluğundaki azalma, kadınlarda her on yılda %10, erkeklerde ise her on yılda %5 civarında görülmektedir. Kadınlarda yaklaşık seksen yaşına gelindiğinde total kemik dokunun %30'u kaybedilmektedir. Kemik yoğunluğundaki azalmanın etiyolojisi yıkımın yapma oranının artmasına bağlanmaktadır. Yaşlı popülasyonda kas-iskelet sistemi yakınmaları sıklığı ile ilişkili bir çalışmada ise hastalarda aktiviteleri kısıtlayan çeşitli bölgelerdeki ağrı %19-40 arasında bulunmuştur (29,56,58).

Nörolojik sistemde yaşlanma: Yaşlanmaya bağlı olarak somatosensoriyel değişiklikler olan vibrasyon duyusunda, sinir ileti hızında, deri reseptör duyarlılığında, proprioseptif geribildirimde azalma ve reaksiyon zamanında artma meydana gelir. Sinir ileti hızı 80 yaşından sonra %10-15 azalmaktadır (59).

Sağlıklı genç popülasyonda tüm bu organların çalışmasındaki rezerv kapasite, yaşamı idame ettirebilecek seviyenin 4-10 katı kadarken 30 yaşından itibaren %0,8 arasında bir azalma göstermektedir. Yaşlanmayla organ ve rezerv kapasitesi azalmaktadır. Bu azalmış rezerv kapasitesi doğrultusunda, yaşlı bireylerde sistemler fizyolojik şartlarda çalışmaktadır. Bu değişimlerin sonucunda yaşlı bireylerde, kırıklar, kifoz, eklemlerde gerginlik, esneklik kaybı, denge bozukluğu, osteoporoz, dejeneratif artrit ve düşmeler görülebilmektedir (21,60).

YAŞLILARDA KRONİK AĞRI NEDENLERİ

Osteoartrit ve diğer kas-iskelet sistemi problemleri, osteoporoz ve buna bağlı kırıklar, ağrılı diyabetik nöropati, postherpetik nevralji, fibromyalji, myofasiyal ağrı sendromu, maligniteye bağlı ağrılar geriatrik nüfusta rastlanan en sık kronik ağrı nedenleridir. Bunların dışında diğer nedenler vasküler hastalıklar, kaslarda zorlanmaya bağlı ağrılar ve viseral kaynaklı ağrılardır (4,61,62). Bununla birlikte kas-iskelet sistem bozuklukları yaşlılardaki kronik ağrının temel kaynağıdır. Kronik ağrısı olan 65 yaş üzeri nüfusta artritik yakınmalara bağlı ağrının %59 civarında olduğu tahmin edilmektedir (6).

Osteoartrit: Yaşlılarda en sık kronik ağrı nedeni osteoartrittir. Ve osteoartritte en sık doktora başvurma sebebi ağrıdır (37,63). Osteoartrit primer olarak artiküler kartilajı ve sinovyal eklemlerin subkondral kemiğini etkileyerek eklemde yetersizlikle sonuçlanan ve dünyada en sık görülen romatolojik hastalıktır (64). Ancak sağlıklı kemiklere sahip insanlarda ve çok yük taşımayan el eklemlerinde osteoartrit riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle osteoartrit mekanizmasını sadece kemiklerin ve kırıkdağların değil, ayrıca bağların ve eklem etrafındaki kasların da etkileşimiyle açıklamak gerekir (65). Yaşam süresi uzadıkça osteoartritle yaşayan insanların sayısının artması beklenmektedir. Altmış beş yaş üzeri nüfusun %50'den fazlası, 75 yaş üzerindeki nüfusun ise %80'i osteoartritten etkilenmektedir (64). Erişkinlerin %33'ünde, 65 yaş üzerindeki popülasyonun ise %90'ında radyolojik olarak osteoartrit gösterilmiştir (36,61). Ortalama yaşam süresi arttıkça osteoartrite yakalanma sıklığı da artmaktadır, ancak yaşlı bireylerin bir kısmında eklemde yıpranma ve hasar erken dönemde ve ağır şiddette oluşurken, bir kısmında nerdeyse dokuzuncu dekata kadar kırıkdağlarda hasar görülmemektedir (65). Kadın cinsiyet, obezite, eklem yapılarını etkileyen travma, genetik,

metabolik hastalıklar, doğumsal veya kazanılmış anatomik bozukluklar osteoartrit için risk faktörleridir (66).

En çok karşılaştığımız osteoartrit tipleri gonartroz (diz artrozu) ve koksartrozdur (kalça artrozu) (67). Yaşlı bireylerde alt ekstremitelerde ve özellikle dizlerde gelişen osteoartrit, eklem hareketlerinde kısıtlanma, güçsüzlük, ağrı, harekette bozulma ve anksiyeteye neden olmaktadır (4,61,65). Ağrı subjektif bir değerlendirme olmasına rağmen, osteoartritte aktivitenin belirlenmesinde ve yeni tedavileri değerlendirmede en önemli kriterdir. Fizyolojik koşullarda amacı organizmaya patolojik gelişmeleri haber veren bir alarm sistemi olan akut ağrı kronikleştiğinde kendisi önemli bir sorun haline gelir. Osteoartrit ağrısı da bazen akut bir komponent içermesine rağmen genelde koruyucu bir özellik içermeyen kronik bir ağrıdır (37,63,68). Kronik ağrı özelliği baskın olan osteoartrite bağlı ağrı da ağrı mekanizmaları içiçe geçmiş halde bulunur ve eklemlerdeki dejeneratif değişikliklere bağlı olarak nosiseptif ağrı oluşur. Bu ağrı mekanizmalarında inflamatuvar sitokinler, nöropeptidler ve birçok kimyasal mediatör rol oynamaktadır (35,69). Psikososyal faktörler, demografik faktörler (yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken) ve sosyal faktörler (sosyoekonomik düzey, eğitim) ağrının algılanmasında farklılık yaratır (35).

Osteoartrit ağrı haricinde tutukluk, şişlik, hareket zorluğu, güçsüzlük, şekil bozukluğu, gıcırdama hissi/sesi, güvensizlik/boşluk hissi veya işlev zorluğu/kaybı gibi yakınmalara neden olur. Genellikle bu yakınmalar yavaş ve sinsi seyirli başlar (70). Bu yakınmalar yaşam kalitesinde ve günlük yaşam aktiviteleri olan banyo yapmayı, giyinmeyi, tuvalet ihtiyacını, hareket etmeyi, dışkılamayı kontrol etmeyi, beslenmeyi, telefon kullanmayı, alışveriş yapmayı, yemek hazırlamayı, ev işleri yapmayı, çamaşır yıkamayı, ilaç kullanmayı içeren faaliyetlerde güçlüğü yol açarak kişinin bağımlılığının artmasına neden olur (36,61).

Osteoartritin tedavisi ağrı ve fonksiyonu düzeltmek, yaşam kalitesini arttırmak olsa da hastalığın kesin bir tedavisi yoktur. Tedavi yaşam modifikasyonları, medikal tedavi ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon yaklaşımları olarak sayılmaktadır. Yaşam modifikasyonları kilo verme, destek kullanma ve eklem koruyucu yaklaşımları öğrenmedir. Egzersiz uygulamaları diz, kalça ve el osteoartrinin tedavisinde önerilmektedir. Tedavi edici egzersizlerin amacı kas gücü, eklem hareket açıklığı, nöromotor kontrolü geliştirmektir. Günümüzde mevcut birçok kılavuz da egzersiz ve fiziksel aktiviteyi, faydalarından ötürü önermektedir (26).

Romatoid Artrit: Yaşlılarda kronik ağrının ikinci nedeni olarak bilinmektedir. Ülkemizde romatoid artrit prevalansı %0,36, 60 yaş üstü RA prevalansı %2 olarak bildirilmektedir, bu oran 70 yaşlarındaki kadınlarda %5'e kadar yükselir (71,72). En çok 30 – 50 yaşları arasında başlamakta olan romatoid artrit başlangıç yaşı 66,8 'e kadar yükselmiştir

ve kadınlarda erkeklere göre iki ya da üç kat daha fazla görülmektedir (73, 74). Romatoid artrit genelde el ve ayakların küçük eklemleri ayrıca diğer tüm sinovyal eklemleri simetrik olarak tutabilen, halsizlik, ateş, ağrı gibi bulgulara neden olabilen kronik bir hastalıktır. Sıklıkla metakarpofalengeal, proksimal interfalengeal ve metatarsofalengeal eklemlerde başlar ve daha sonra el bilekleri, ayak bilekleri, dizler, dirsekler ve kalçalar tutulum görülür. Romatoid artrit eklemler tutulumunu gösteren fizik muayene bulguları şişlik, hassasiyet ve hareket kaybıdır. Yaşlanmayla birlikte inflamasyon artar ve sonuç olarak deformiteler gelişir (75).

Romatoid artrit meydana gelen nosiseptif ağrı kronik inflamasyon eşliğinde nosiseptörlerin stimülasyonu ile oluşur (69). Ağrı dışında uyku veya istirahat sonrası, sabah tutukluğu olarak tanımlanan eklemler ve eklemlerin çevresinde oluşan sertlik hissi önemli bir bulgudur (73). Eklem hasarı, fonksiyonel kayıp, iş gücü kaybı, mortalitede artış romatoid artrit'in tıbbi ve sosyoekonomik sonuçlarıdır. Tedavinin amacı ise ağrıyı gidermek, eklemlerdeki ve diğer organlardaki inflamasyonu baskılamaktır. Böylece olası fonksiyonel kayıplar önlenmeye çalışılır (72).

Fibromyalji: Kronik ağrı ve yorgunluk, uyku bozukluğu, bilişsel fonksiyon bozukluğu ve depresif ataklar gibi birçok semptomun yer aldığı bir klinik tablodur (76). Miyofasial ağrı sendromunda ise ağrı bölgeseldir ve özelliği iskelet kasındaki bir tetik noktadan yansıyan ağrı oluşturmaktadır. Ağrı künt ve yayılma özelliğine sahiptir ve yayılan ağrı gün içinde değişiklik gösterir. Postür ve kas aktivite ağrı şiddetini etkiler ve zaman içinde spontan tekrarlamalar görülebilir. Yapılan çalışmalar ile her ikisinin de patogenezinde santral ağrı mekanizmalarının etkin olduğunu gösterilmektedir (77).

Fibromyalji prevalansı tüm populasyonun %1-4'ü arasında saptanmış olup, sıklıkla 40-60 yaş grubu kadınları etkilemektedir. Vücutta yaygın ağrı, belirli anatomik bölgelerde hassas noktalar, kronik yorgunluk, uyku bozukluğu, kuru ağız-kuru göz, irritabl barsak sendromu, dismenore, üretral sendrom, çarpıntı hissi, baş ağrısı ve kognitif bozukluklar semptomlarının eşlik ettiği hastalık kişinin yaşam kalitesini bozar (76,78,79).

Fibromyalji de ailesel yatkınlık söz konusudur. Etiyopatogenezinde nöroendokrin ve otonom disfonksiyon ile genetik olarak predispozisyonu olan kişilerde fizyolojik ve psikolojik streslere maruziyet ile geliştiği kabul edilmektedir (80,81). Birçok hastalığın belirtilerine benzemesi nedeniyle fibromyalji sendromunda tanı koymak zordur. Bu nedenle de basit bir kür tedavisine ulaşılamamaktadır. İlaç tedavisi, fizik tedavi, hassas nokta enjeksiyonu, stellar ganglion blokajı ve psikoterapi kombine edilmelidir (79).

Miyofasiyal ağrı sendromunda ise hastanın tetik noktasını germeye yardımcı olacak egzersizler ve duruş düzeltici egzersizler en önemli tedavi şeklidir. Bunun yanında derin ve yüzeysel sıcak tedavisi ile ağrı kesici ajanlar kullanılabilir (26).

Osteoporoz: Düşük kemik kitlesi ve kemiğin mikromimarisinde bozuklukla giden, kemik frajilitesinde artma ve sonuçta kırık riskinin artmasıyla karakterize bir hastalıktır. Kırıklar sonucu mortalite yüksekliği, fiziksel fonksiyonlarda ciddi kayıplar ve kronik ağrıya yol açması ile de yaşam kalitesini olumsuz etkiler (82). Tip I osteoporoz (postmenopozal osteoporoz) kadınlarda menopoz sonrası ortaya çıkan östrojen eksikliğinin yol açtığı trabeküler kemik kaybıdır. Vertebra ile el bileği kırıklarına neden olmaktadır. Tip II osteoporoz (senil osteoporoz) yaşlanmaya bağlı olarak özellikle de 70 yaş üzerinde trabeküler ve kortikal kemik kaybı birlikte görülür. Juvenil tip osteoporoz, puberte dönemi öncesi çocuklarda 8-14 yaşlar arasında nadiren görülen osteoporozdur (82,83). Sekonder osteoporoz ise kemik kitlesinde azalma ve kırıklar, östrojen eksikliği, kortikosteroid alımı veya hiperparatiroidi gibi sekonder nedenlere bağlı olabilmektedir. İdiyopatik osteoporoz terimi de kadınlarda görülen, bilinen bir etyolojiye bağlı olmayan osteoporoz için kullanılmaktadır (84,85,82).

Yaşa bağlı kemik kaybında ilk olarak osteoblast aktivitesinde, ikinci olarak kalsiyum absorpsiyonunda azalma ortaya çıkmaktadır. Diyetle kalsiyum alımı ve D vitamini sentezi de azalmaktadır. Yaşlılarda D vitamini azalmasına ve kan kalsiyum düzeylerinin azalmasına bağlı olarak gelişebilecek sekonder hiperparatiroidizm de kemik kaybına neden olmaktadır. Osteoblastların yaşam süresinin ve osteoblastik aktivitenin azalması da yeni kemik oluşumunu engellemektedir (6). Kronik ağrı ise deformiteye bağlı ligaman ve kasların mekanik zorlanmaları sonucu oluşur (82). Bel ağrısının en sık metabolik kaynaklı nedenidir.

Osteoporozla birlikte 50 yaşın üzerindeki kadınlarda, erkeklere göre, vertebral ve kalça kırığı riski 3 kat fazladır ve her iki cinste kemik kitlesi artan yaşla azalır (84,85). Kırık periferik kemik olarak adlandırdığımız kalça, femur başı, el veya ayak eklemlerinde meydana gelirse akut ağrıya neden olur ve acil tedavi gerektiren bir durumdur (82). Tedavide öncelikli olan ise koruyucu yöntemlerdir (86). Diyetle yetersiz kalsiyum alımı, güneş ışığından yetersiz faydalanma, vitamin D eksikliği önlenmelidir. Sedanter yaşam, aşırı alkol, sigara ve kafein kullanımına dikkat edilmelidir. Cerrahi menopoz östrojenin aniden kesilmesi ile osteoporoz riskini ve gidişatını kötü yönde etkileyen bir durumdur. Genç yaşta kemiğe yük bindiren, günlük yaşam aktivitelerinin azlığı ve düşük vücut kitle indeksi gibi durumlarda osteoporozu ileri yaşta kötü yönde etkiler. Yine aynı nedenle osteoporozu yol açan ilaçlar olan kortikosteroidler, tiroid ilaçları, antikonvülzan, antikoagülan ilaçların kullanımı dikkatli planlanmalıdır (55). Ağrı tedavisinde akut dönemde yatak istirahati, basit analjezikler,

nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar, kalsitonin kullanılır. Kalsiyum, D vitamininden zengin diyet ve spinal korseler, fizik tedavi modaliteleri uygulanır (82).

Kansere bağlı ağrı: Hastanın fizyolojik fonksiyonlarını, düşünme-iletişim gibi zihinsel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve psikolojik bozukluklara neden olmaktadır (87). Tüm kanser olgularının %80'i 65 yaş üzerinde görülmektedir. Kanser ağrısının prevalansı tanısı yeni konulmuş hastalarda %28, aktif olarak kanser tedavisi gören hastalarda %50-70 ve ileri dönem kanser hastalarında ise %64-80 olarak bulunmuştur. Terminal dönemde ise %90'a kadar ulaşmaktadır. Kansere bağlı kronik ağrı genellikle tümör infiltrasyonu ile ilişkilidir (81,88,89). Kemik-yumuşak doku infiltrasyonu, içi boş organların obstrüksiyonu, sinir, kan ve lenf damarlarının bası altında kalması sonucu ortaya çıkmaktadır (88,89). Kanser hastalarında ağrının sıklığı ve şiddeti, kanserin evresi, yeri ve metastaz bölgesine bağlıdır. Bunun dışında uygulanan kemoterapi ve radyoterapilere bağlı ağrı da duyulabilir.

İleri evredeki hastalarda kanser tedavisinden daha çok ağrı kontrolü esastır ve basit, en az invaziv, risk/fayda oranı en düşük yonteme öncelik tanımaktır. Dünya Sağlık Örgütü, ağrının şiddetine göre üç basamakta, analjezik olarak adjuvan ilaçların ve non-opioid, zayıf opioid, güçlü opioidlerin kullanıldığı bir tedavi şablonu yayınlamıştır. Bu merdiven tedavisinde ağrının şiddetine göre basamak seçilmesi, gün boyu ağrı kontrolünü sağlayacak ajanların kullanılması, tedavinin bireysel olması amaçlanmıştır (87,89,90).

Diyabetik Nöropati: Periferik nöropatinin diğer nedenleri dışında, diabetes mellitus seyrinde klinik veya subklinik düzeyde ortaya çıkabilen, periferik sinir tutulumuyla giden diyabetik mikrovasküler komplikasyondur. Diyabet tanısı konduğunda hastaların %10'unda nöropati bulunurken, 20 yılın sonunda bu oran %50 olmaktadır. Diyabetik hastalarda nöropatiye bağlı kronik ağrının ortaya çıkış sıklığının %10-26 olduğu bildirilmiştir (91,92,93,94).

Patogenezi tam olarak aydınlatılmayan diyabetik nöropatinin en sık şekli periferik sensorimotor polinöropatidir. İlk olarak distal alt ekstremitelere tipik eldiven-çorap tarzı duyu kaybına neden olur. Ayaklarda ağrıya ek olarak parestezi, disestezi vibrasyon ve pozisyon duyusunda azalma, kas güçsüzlüğü, tendon reflekslerinde azalma ve ataksi yakınmaları da olabilir(93,94).

Tedavide ise glisemik kontrol, ağrı kontrolü ve ayak bakımı uygulamaları sağlanmaktadır (93,94). Diyabetik hastanın kronik ayak yaraları, çoğunlukla ağrısız travmalar, vasküler yetersizlik ve sekonder infeksiyonların ortak sonucudur ve önlenmesi tedavisinden kolay olduğundan, hastanın muayenesi kendisi tarafından sıklıkla tekrarlanmalıdır. Yaraların

uygun şekilde tedavi edilmesi, gangren nedeniyle ekstremitte kaybının ve sepsis riskinin önlenmesi açısından gereklidir (95).

Postherpetik Nevralji: Akut herpes zosterin virüsünün derinin duyu gangliyonlarında uykuda kalması ve sonraki yıllarda reaktif olmasıyla deride oluşan veziküller erüpsiyonunun iyileşmesinden sonra, etkilenen dermatomda oluşan kronik ağrıya verilen isimdir. Akut herpes zosterin en sık komplikasyonudur (96,97). Sürekli nöropatik yanıcı bir ağrıya aralıklarla zonklayıcı, delici, batıcı nitelikte ağrılar eklenebilmektedir (96,98). Kanser hastalarında, immün yetmezlikli hastalarda, organ nakli gerçekleştirilmiş olanlarda yatkınlık söz konusudur. Kadın olmak ve birinci dereceden akrabasında postherpetik nevroalji olması riski artırmaktadır. 60 yaşın üzerindeki popülasyonun yarısında beklenmekte ve bir yıl kadar sürebilmektedir.

Tedavide Gabapentin, pregabalın, amitriptilin kullanılmaktadır, bunların haricinde tedavide verilecek basit analjezikler işe yaramamaktadır. Yaşlı popülasyonda Herpes zoster enfeksiyonunda ilk üç gün içinde sistemik antiviraller başlanmaktadır çünkü ağrıyı azaltır, iyileşmeyi hızlandırır, postherpetik nevroalji riskini azaltır ve süresini kısaltır (96,97,98).

Lomber Spinal Darlık: Omurganın yaşlanması ve spinal kanalın yumuşak doku veya kemik dokusu ile daralması ile ortaya çıkan anatomik bir terimdir (86,99). Yaşlılarda tekrarlayan bel ağrılarının en sık nedenidir. Fakat kronik bel ağrısında %85 oranında hastalarda bu durumu açıklayacak spesifik hastalık veya spinal anormallik saptamak oldukça zordur ve sıklıkla bu durum komplike olmayan mekanik bel ağrısı olarak adlandırılmaktadır (86).

Bu anatomik durumun, bazı kişilerde semptom oluştururken bazılarında oluşturmamasının tam nedeni anlaşılammıştır (99). Çalışmalarda yaşlanmanın, kadın cinsiyetin, kilo artışının, depresyonun, stresin ağrının artması ve süresinin uzamasında etkili olduğu görülmüştür (100). Lomber spinal stenozlu hastalar tipik olarak belden başlayan ve bilateral dizden aşağıya doğru yayılan bacak ağrısıyla gelirler. Tek tarafta daha yoğun olabirse de her iki tarafın da tutulması tipiktir. Bu bacak ağrısı, nörojenik kladikasyon veya radiküler bacak ağrısı şeklinde karşımıza çıkabilir. Nörojenik kladikasyonlu hastalar, ağrı, ağırlık hissi, uyuşma, kramp, yanma veya zayıflık hissedebilirler. Yürüme veya uzun süre ayakta durma gibi, lomber ekstansiyon durumlarında semptomlar artar (99).

Tedavide, konservatif yöntemler, spinal enjeksiyonlar ve cerrahi yöntemler kullanılır. 65 yaş üstünde lomber spinal cerrahisi uygulanan hastaların çoğu spinal stenoz nedeniyle ameliyat edilmektedir ama hastaların çoğu cerrahi dışı tedaviyle hayatlarına devam edebilir (99).

Kronik Günlük Baş Ağrısı: 60 yaş üzeri özellikle kadınlarda daha sık görülmektedir. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda gelişen ilaç aşırı kullanım baş ağrısı, yaşlı

popülasyonda sık görülmektedir. Üç aydan fazla ayda 15 gün baş ağrısı olan hastalarda ergotamin, triptan, opioid, kombine olarak ya da 15 gün ve üzeri basit analjezik, nonsteroid anti enflamatuvar kullanımı mevcuttur. Tedavide sık kullanılan analjezik kesilip, baş ağrısı için profilaktik tedavi başlanır. İlaç kesildiği dönemde farmakolojik ve nonfarmakolojik destek verilmelidir (98).

YAŞLILARDA KRONİK AĞRI YÖNETİMİ

Fiziksel patoloji ve ağrı şiddeti arasında doğrudan bir ilişki kurulamamıştır. Yoğunluk, kalite, zaman, etki ve kişisel anlam her birey tarafından benzersiz bir şekilde yaşanmaktadır (101). Bireyin akut ve kronik ağrıya verdiği tepkiler de farklıdır. Akut ağrılı durumda kişinin ağrısına ilişkin ağlamak, bağırarak yardım için yalvarmak gibi tüm verileri gözlemek mümkündür. Ağrısı 6 haftayı geçen kronik ağrılı bireylerde ise, ağrı şiddetinin aşırı olarak belirtildiği durumlarda bile, dışarı vuran emosyonel tepkiler azalmıştır. Hatta bu durum hekimin ağrının gerçekliğini sorgulamasına yol açabilir (49). Amerikan Geriatri Derneği ise yaşlı popülasyondaki ağrıya ilişkin yayınladığı raporunda değerlendirmeye alınması gerekenin “hasta ifadesi” olduğunu bildirmiştir (8). Bu nedenle ağrı tamamen subjektif bir deneyim olup, hekim şiddetin derecelendirilmesinde hastanın bildirimini doğru kabul etmek durumundadır (49).

Yaşlı bireyde diğer hastalık ve semptomlar değerlendirmeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bilişsel, görsel ve işitsel eksiklikler hastanın ağrısını ifade etmesini engelleyerek öykü alınmasını ve fizik muayene yapılmasını zorlaştırmaktadır. Ağrının yeri, zamanı, psikolojik duruma etkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran durumlar, eşlik eden semptomlar, uygulanan tedaviler ve sonuçları sorgulanarak öykü alınmalıdır (8). Aile ve yakınlarından da öykü alınabilir çünkü yaşlı bireylerde gençlere göre daha fazla ağrı görülür fakat yaşlı bireyler hekime daha az ağrı bildiriminde bulunur (8,102).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik ağrı başvuru nedenleri arasında üçüncü sırada olup tüm başvuruların yaklaşık %10 – 20 kadarını oluşturur. Aile hekimi ile hastası arasında tekrarlayan başvurular sonucunda kurulan karşılıklı güven, bütüncül bakış açısı ile kronik ağrı yönetiminde merkezi bir role sahiptir (103). Aile hekimi gerçekçi, doğru amaçla ve birlikte yapılabilecek bir plan ile yaşlıların ağrı yönetimini sağlayabilir. Fakat aile hekimi birinci basamakta yazılmayan ilaç kullanması, minimal invaziv girişimler ve cerrahi girişimler gibi invaziv yöntemler kullanması, fizik tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri, egzersiz, manüplasyon-mobilizasyon, psikoterapi kullanması gerektiğinde sevk zincirini oluşturmalı ya da diğer branşlardan konsültasyon istemelidir (66,104).

Kronik ağrının tedavi başarısı sınırlıdır, %40'dan azının farmakolojik ve cerrahi tedavilerden başarı sağladığı görülmüştür (101,102). Tedavi seçenekleri farmakolojik tedavi, girişimsel ağrı kontrol yöntemleri, akupunktur, fiziksel tıp ve rehabilitasyon teknikleri ve psikolojik tedavi olarak sıralanabilmektedir. En çok tercih edilen uygulama farmakolojik tedavi yöntemleridir (29). Farmakolojik tedavi non-opioid, opioid ve adjuvan tedaviler olarak üç grupta toplanabilir. Dünya Sağlık Örgütü üç basamaklı tedavinin merdiven prensibine uygun olarak düzenli zaman aralıkları ile kişiye özgü dozda, oral yoldan, yan etki kontrolü yapılarak ve hasta bilgilendirilerek kullanılmasını önermektedir (66). Farmakolojik tedavi için öncelikle ağrının hangi tipte olduğunu belirlemek önemlidir. Çünkü nosiseptif ve nöropatik ağrı aynı ilaç tedavilerine benzer yanıtlar vermeyebilir; örneğin, nosiseptif ağrı sıklıkla basit analjeziklere, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlara veya opiatlara yanıt verirken, nöropatik ağrının bu ilaçlara dirençli olduğu bilinmektedir (91,105). Fakat yaşlı hastalarda farmakolojik tedavide yan etkiler gözönüne alınmalı, gerekiyorsa girişimsel yöntemler ve düşük doz sistemik ilaç tedavisi birlikte uygulanmalıdır (29).

Fizik tedavi formları, buz masajı, sıcak paket, diatermi, ultrason ve transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonunu içermektedir (106). Gerekliğinde fizik tedavi ve rehabilitasyon yöntemlerine, tüm tedavi basamaklarında semptomları kısa süreli azaltmaya yardımcı olarak yer verilmelidir (66).

Akupunktur iğnesi belli lokalizasyonlarda vücuda batırıldığı anda nosiseptörlerden başlayan impulslar inen inhibitör yolları aktive ederek opioid ve serotonin salınımı ile dorsal boynuzda inhibisyona yol açarak etki eder. Migren, osteoartrit, fibromyalji, kansere bağlı ağrı, romatoid artrit, postherpetik nevralji, spinal ağrı tedavisinde kullanılabilir (107).

Kilo artışının, yanlış postürün, depresyonun, stresin ağrının artması ve süresinin uzamasında etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca kas iskelet sistemine bağlı ağrılarda düzenli egzersizin, kalsiyum ve D vitamini alımının erken yaştan itibaren önlem amaçlı başlanması önemi çalışmalarla ispatlanmıştır (100). Bununla birlikte toplumumuzda kronik ağrıdan korunma teknikleri konusunda bilinçli eğitim ve egzersiz alışkanlığı yoktur. Yapılan birçok çalışmada kasların güçlü olmasının ve fiziksel kondüsyonun iyi olmasının, travmalarda kas iskelet sistemi hasarlarını azalttığı gösterilmiştir. Lee ve arkadaşlarının 3000 erkek işçi üzerinde yaptıkları çalışmada egzersiz alışkanlığı olanlarda bel ağrısının daha düşük oranda olduğu bulunmuştur (108). Özellikle kuvvetlendirme egzersizlerinin uygulaması, aerobik egzersizlerin uygulamasından daha kolaydır, kuvvetin ve günlük fonksiyonların geliştirilmesinde daha avantajlıdır (29).

Sonuç olarak kronik ağrı her birinci basamak hekiminin günlük pratiğinde sıklıkla karşılaştığı bir durumdur. Genellikle etkin bir şekilde tedavi edilemeyen bu durum kişinin yaşam kalitesinde önemli bir düşüşe neden olmaktadır. Kronik ağrının herhangi bir müdahale yapılmadan geçmeyeceği kabul edilir ve bu nedenle kapsamlı bir değerlendirme ile yaşlı hastalarda kronik ağrının yönetilmesi gerekmektedir (8,103).



GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Edirne il merkezinde bulunan 23 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri nüfusun kronik ağrı sıklığını ve buna etki eden faktörleri belirlenmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende tasarlanmış bir çalışmadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, kronolojik açıdan 65 yaş ve üzeri yaşlılık olarak kabul edildiğinden çalışmaya Edirne il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri popülasyonun dahil edilmesi planlanmıştır. Çalışmanın evrenini Edirne il merkezindeki 23 Aile Sağlığı Merkezine bağlı 15647 kişi oluşturmaktadır. Çalışmada minimum örneklem hacmi hesaplaması için yaşlıda kronik ağrı prevalansı %64,7 olarak alınmıştır. Edirne il merkezindeki 23 aile sağlığı merkezine kayıtlı 65 yaş nüfusun, %1 fark %95 güvenilirlikle anlamlı bulmak için 368 bireyin çalışmaya alınması hesaplanmıştır.

Etik kurul onayı (Ek-1) ve Edirne İl Halk Sağlığı Müdürlüğü onayı (Ek-2) alındıktan sonra 02.09.2018-15.18.2017 tarihleri arasında Edirne İl Merkezinde bulunan, çalışmayı kabul eden, 23 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı, gönüllü 187 kadın ve 181 erkek olmak üzere 368 olgu ile görüşüldü.

Edirne il merkezindeki 23 Aile Sağlığı Merkezinden birine kayıtlı olmak, 65 yaş ve üzerinde olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek araştırmaya alınma kriterleri olarak belirlendi. 65 yaşın altında olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmemek ve iletişimi engelleyecek bir problemin bulunması araştırmaya alınmama kriterleri olarak belirlendi.

Katılımcıların kayıtlı oldukları Aile Sağlığı Merkezlerinde, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek anketlerin doldurulması sağlandı. Araştırmamızda hastaların kimlik bilgileri alınmadı. Araştırmaya katılacak olan bireyler sözlü olarak bilgilendirildi ve onayları alındı. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı

açıklayan ve katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini bildiren gönüllüler çalışmaya alındı.

Katılımcılara sunulan ankette sosyodemografik bilgilerini, yaşlı bireylerin sahip olduğu hastalıklarını, kullandıkları ilaçları, desteğe ve bakıma gereksinim duyma durumlarını, kronik ağrılarının varlığını ve kronik ağrıları var ise bunu etkileyen durumları, kronik ağrıları için uygulanmış tıbbi tedavileri sorgulayan 38 soru bulunmaktaydı. Ek olarak yaşlı bireylerin ağrı durumlarını değerlendiren 24 soruluk Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ) dahil edildi. Araştırmada uygulanan anket Ek-3’de görülmektedir.

Geriatrik Ağrı Ölçeği

Ferrel ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiş 24 maddelik çok boyutlu bir ölçektir. Ayaktan tedavi olan geriatric bireyler için oluşturulmuştur. GAÖ ağrının etkilerini değerlendiren birçok bileşeni içerir. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde görev yapan Gülşah Dursun 2013 yılında ‘Yaşlı Bireylerde Geriatric Ağrı Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması’ adlı yüksek lisans tezinde GAÖ’ nün dilimize çevrimini gerçekleştirmiştir.

Ölçek; ağrı nedeniyle çekilme, ağrı şiddeti, hareketle ağrı, yorucu aktivitelerle ağrı ve diğer aktivitelerle ağrı olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte iki madde iki alt boyutta aynı anda yer almakta, ayrıca ölçekte ağrı hakkında 3 açık uçlu soru bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 22 madde ikili şekilde, diğer 2 madde 0-10 skalasına göre puanlandırılmaktadır. Toplam puan “Evet” cevapları toplanarak bulunmakta ve 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. GAÖ’nün değerlendirilmesinde, puanlar 0-100 arasında değişmekte, 30’dan küçük puan hafif ağrı; 30-69 puan arası orta ağrı; 70 puan ve üzeri şiddetli ağrı olarak belirtilmektedir. Ölçeğin iç tutarlık analizi 0.94 bulunmuştur. GAÖ, hastaların ağrılarını tanımlamakta, ağrı ile ortaya çıkan fiziksel, duygusal, kognitif ve davranışsal yanıtları değerlendirmektedir. Ölçek hastaların yaşamlarında (mesleki, sosyal, evlilik, fiziki vb.) ağrının etkilerini değerlendiren, baş etme stratejileri geliştirilmesi ve ağrının yeri, şiddeti, niteliği gibi özelliklerin tanımlanması gibi birçok bileşeni içermektedir.

Ölçekte sorgulanan kriterler	Soru numarası
Ağrı nedeni ile çekilme	57, 58, 60, 61
Ağrı şiddeti	39, 40, 41, 42, 43, 44
Hareketle ağrı	47, 48, 49, 50, 51
Yorucu aktiviteler ile ağrı	45, 46, 56, ,59, 62
Diğer aktiviteler ile ağrı	51, 52, 53, 54, 55

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırmadaki ölçek verilerinin normal dağılıma uygun olduğu saptandığı için çalışmamızda parametrik testler kullanıldı.

İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, Mann-Whitney U ve Kruskall Wallis testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi (p<0,05 olduğunda anlamlı, p>0,05 olduğunda anlamsız kabul edildi).

BULGULAR

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Araştırmaya 368 kişi katılmıştır. Katılımcıların cinsiyet durumu değerlendirildiğinde; %50,8'nin (n=187) kadın, %49,2'sinin (n=181) erkek olduğu tespit edilmiştir.

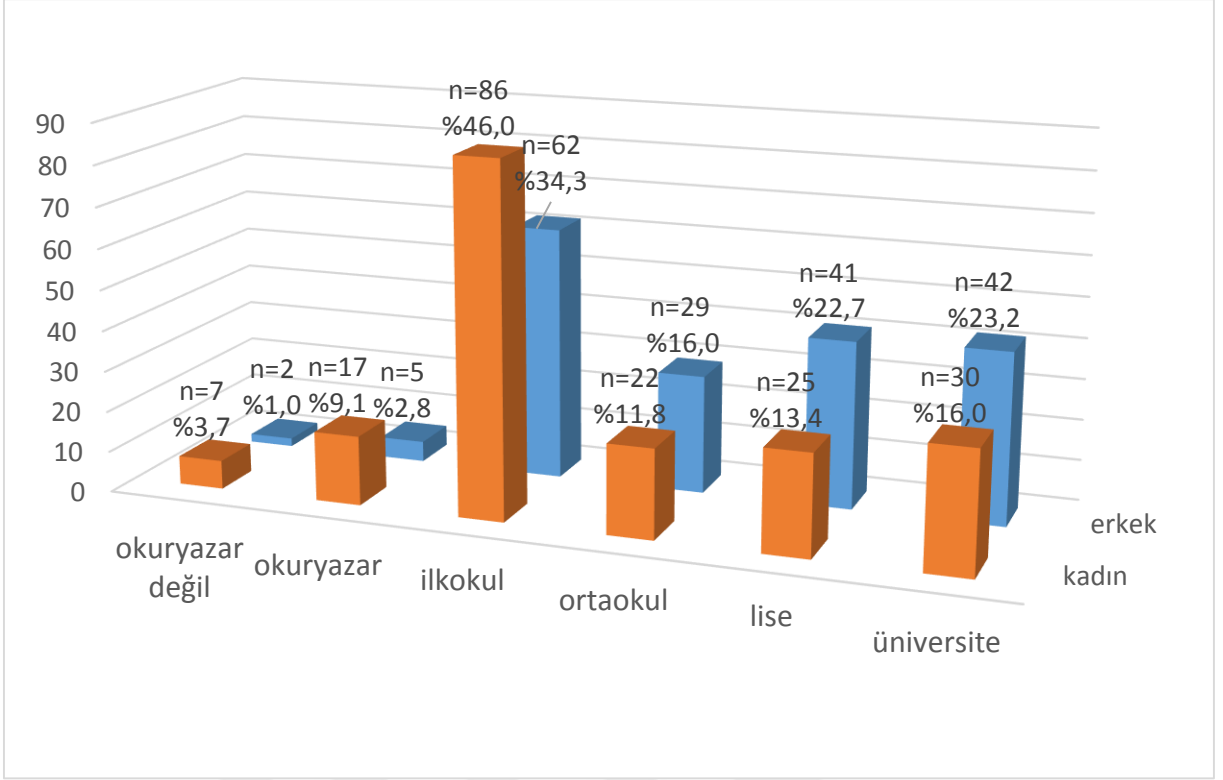
Katılımcıların yaş ortalaması $72,36 \pm 6,70$ (min:65, max:95) yıl olup, yaş dağılımları 65-95 aralığındadır. Kadınların yaş ortalamasının $71,65 \pm 6,064$ (min:65, max:91), erkeklerin yaş ortalamasının $73,10 \pm 7,244$ (min:65, max:95) olduğu tespit edildi.

Vücut kitle indeksi ortalaması $27,7 \pm 4,3$ olup, en yüksek 46,6 ve en düşük 17,58 olduğu saptanmıştır. Kadınların vücut kitle indeksinin ortalaması $28,29 \pm 4,9$ ve erkeklerin vücut kitle indeksinin ortalaması $27,09 \pm 3,4$ olarak saptanmıştır.

Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde; %4,6'sının (n=17) bekar, %68,2'sinin (n=251) evli ve %27,2'sinin (n=100) dul/ boşanmış olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %10,3'ünün (n=38) çocuk sahibi olmadığı, %89,7'sinin (n=330) ise en az bir çocuğu olduğu saptanmıştır. Ortalama çocuk sayısı $2,33 \pm 0,91$ olup en az bir çocuğu olan, en fazla 5 çocuğu olan saptanmıştır. Katılımcıların %15'inin (n=55) 1 çocuğu, %40,2'sinin (n=148) 2 çocuğu, %26,6'sının (n=98) 3 çocuğu, %5,7'sinin (n=21) 4 çocuğu ve %2,2'sinin (n=8) 5 çocuğu vardı.

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde; %2,5'inin (n=9) okuryazar değil, %6'sının (n=22) okuryazar, %40'ının (n=148) ilkokul mezunu, %14'ünün (n=51) ortaokul mezunu, %17,9'unun (n=66) lise mezunu, %19,6'sının (n=72) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre eğitim durumu grafiği Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Cinsiyete göre eğitim durumları

Katılımcıların mesleki durumları incelendiğinde; %7,9'unun (n=29) serbest meslek, %3,3'ünün (n=12) memur, %1'inin (n=4) işçi, %53,3'ünün (n=196) emekli, %34,5'inin (n=127) çalışmıyor olduğu saptanmıştır. Çalışanların %81,3'ünün (n=204) artık çalışmıyor olduğu, ortalama $32,4 \pm 9,23$ yıl çalıştıkları, ortalama $17,04 \pm 8,33$ yıldır çalışmadıkları belirlenmiştir. Çalışanların %18,7'sinin (n=47) halen çalışmakta olduğu ve ortalama $40,23 \pm 10,36$ yıldır çalıştıkları belirlenmiştir.

Katılımcıların %1,4'nün (n=5) sağlık güvencesinin olmadığı, %98,6'sının (n=363) sağlık güvencesinin mevcut olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların gelir durumu incelendiğinde ortalama 2863 ± 1446 TL (minimum 800 maksimum 12000) olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların alkol kullanımı sorgulandığında "içmiyorum daha önce hiç içmedim" şeklinde yanıt veren %60 (n=221), "içiyordum bıraktım" şeklinde yanıt veren %27,2 (n=100), "içiyorum" şeklinde yanıt veren %12,8 (n=47) oranında saptanmıştır. Alkol kullanmaya devam etmekte olanların ortalama $39,32 \pm 9,55$ yıldır, haftada $2,28 \pm 1,8$ gün, $2,21 \pm 1,96$ bardak kullandıkları hesaplandı. Kullandıkları alkol cinsi sorgulandığında ise %78,7'sinin (n=37) rakı, %12,8'inin (n=6) bira, %4,3'ünün (n=2) şarap, %2,1'inin viski ve %2,1'inin diğer alkol cinslerini tükettiği belirlenmiştir.

Katılımcıların sigara kullanımını sorgulandığında, %51'inin (n=188) "hiç içmedim" %30'unun (n=110) "içiyordum bıraktım", %19'unun (n=70) "içiyorum" şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır. Sigara kullanmayı bırakan katılımcıların ortalama 28,13±26,44 paket/yıl (minimum 1, maksimum 170) kadar sigara tükettikleri ve ortalama 18,74±10,28 yıl önce sigarayı bıraktıkları belirlenmiştir. Sigara kullanmaya devam edenlerin 28,75±17,50 paket/yıl (minimum 1 maksimum 90) kadar sigara tükettikleri belirlenmiştir.

Katılımcıların %19,8'nin (n=73) yalnız, %58,4'nün (n=215) eşiyile, %8,7'nin (n=32) eş ve çocuklarıyla, %6,6'sının (n=24) çocuklarıyla, %0,8'inin (n=3) bakıcıyla, %3,3'ünün (n=12) ebeveynleriyle, %0,8'inin (n=3) eş ve ebeveynleriyle, %1,6'sının (n=6) çocukları, çocuklarının eşleri ve torunları ile yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %82,1'inin (n=302) bakımında yardımcı olan kimsenin olmadığı, %2,7 (n=10) bakımına bakıcının yardımcı olduğu, %9,5'unun (n=35) bakımına çocuklarının yardımcı olduğu, %4,6'sının (n=17) bakımına eşinin yardımcı olduğu, %1,1'inin bakımına çocuğunun ve eşinin yardımcı olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %78,3'ünün (n=288) herhangi bir günlük yaşam aktivitesinde desteğe gereksinim duymamakla birlikte %0,8'inin (n=3) yeme-içme konusunda, %12,5'inin (n=36) alışveriş, %18,4'ünün (n=53) hastaneye gitme, %8,5'inin (n=31) hastaneye gitme ve alışveriş, %5'inin (n=2) tuvalet ihtiyacı konusunda desteğe gereksinim duyduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların %92,1'inin (n=339) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların kronik hastalıkları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların kronik hastalık durumları

Hastalık	Kişi Sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Hipertansiyon	229	%67,6
Diyabet	81	%24
Osteoartrit	69	%20,4
Kalp-Damar Hastalıkları	63	%18,6
Hematolojik Hastalıklar	39	%11,5
Hiperlipidemi	39	%11,5
Malign Neoplazm	30	%8,9
Psikiyatrik Hastalıklar	29	%8,6

Tablo 1 (Devam). Katılımcıların kronik hastalık durumları

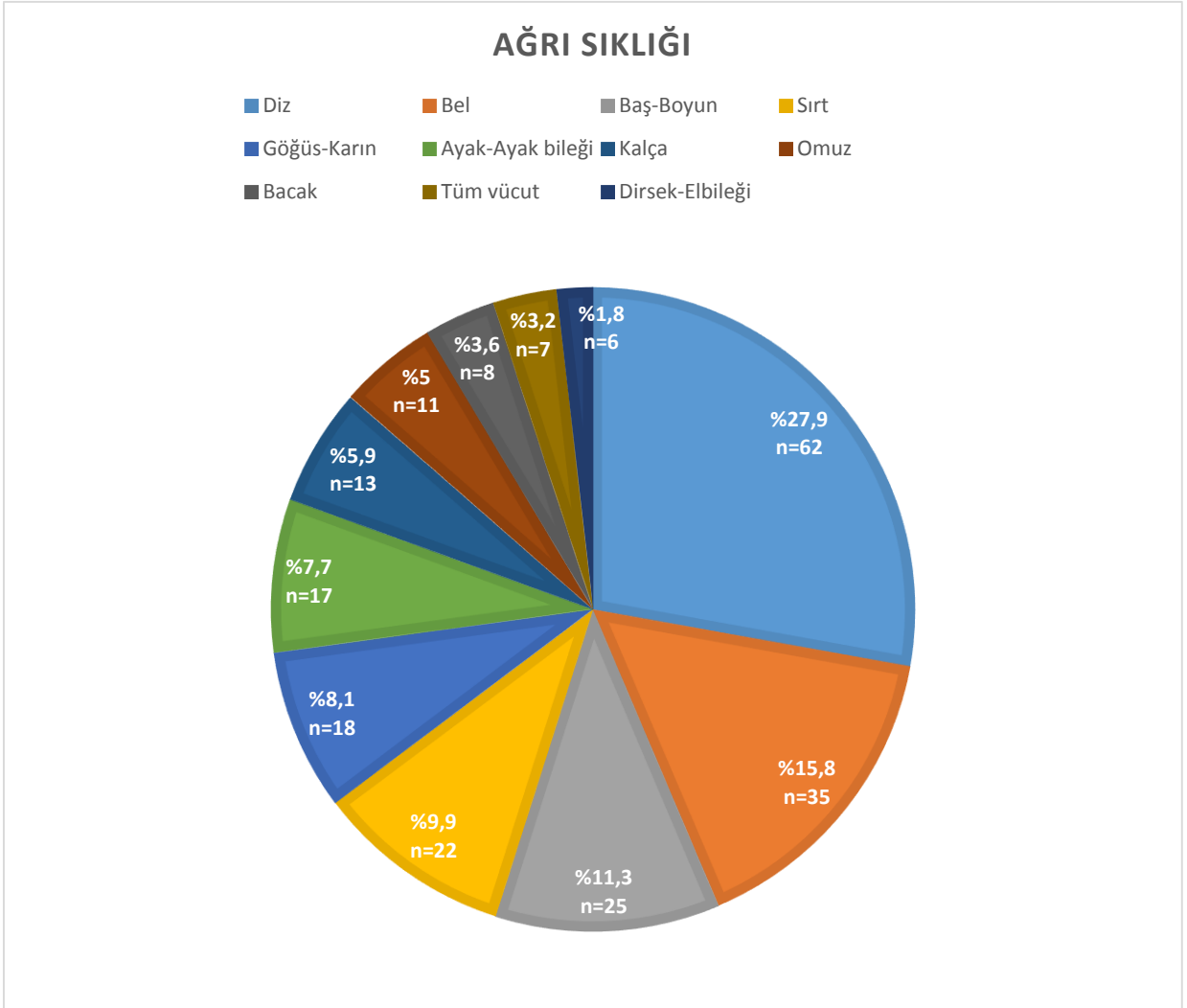
Ürogenital Sistem Hastalıkları	27	%8
Sinir Sistemi Hastalıkları	25	%7,4
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	20	%5,9
Diğer	19	%5,6
Sindirim Sistemi Hastalıkları	19	%5,6
Romatoid Artrit	16	%4,7
Osteoporoz	13	%3,8
Solunum Sistemi	13	%3,8
Fibromyalji	11	%3,2
Cilt Hastalıkları	8	%2,4
Göz Hastalıkları	8	%2,4
Bel-Boyun Fıtığı	8	%2,4
Migren	4	%1,2
Akut Romatizmal Ateş	2	%0,6

Katılımcıların %12,5'i (n=46) herhangi bir ilaç kullanmazken, %87,5'i (n=322) en az bir ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların kullandıkları ortalama ilaç sayısı $2,47 \pm 1,549$ olup, en az 1, en fazla 7 ilaç kullandıkları saptanmıştır. İlaç kullanan katılımcıların %11,7'sinin (n=43) kullandığı ilaçların isimlerini hatırlamadıkları belirlenmiştir. Katılımcıların kullandıkları ilaçlar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların ilaç kullanım durumları

İlaç	Kişi Sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Antihipertansif	209	%64,9
Antidiyabetik	75	%23,3
Antikoagulan	61	%18,9
Proton pompa inhibitörü	44	%13,7
Antiaritmik	34	%10,6
Astım-Koah	33	%10,2
Antihiperlipidemik	28	%8,7
Ağrı kesici	26	%8,1
Antidepresan	26	%8,1
Benign Prostat Hiperplazisi	21	%6,5
Osteoporoz	10	%3,1
Cilt Hastalıkları	5	%1,6
Antiromatizmal	3	%0,9
Diğer	89	%27,6

Çalışmamızda “3 aydan uzun süren ağrınız var mı?” sorusuna katılımcıların %60,9’unun (n=224) evet, %39,1’inin (n=144) hayır şeklinde cevap verildiği saptanmıştır. Katılımcıların vücut bölgelerine göre ağrının dağılım durumları Şekil 2’de verilmiştir.



Şekil 2. Vücut bölgelerine göre ağrı sıklığı

Ağrısı olan katılımcıların %25,4'ünün (n=57) yanma şeklinde, %18,3'ünün (n=41) sancı şeklinde, %14,7'sinin (n=33) bıçak saplanır tarzda, %12,5'inin (n=28) batıcı tarzda, %9,4'ünün (n=21) kramp tarzında, %7,1'inin (n=16) baskı tarzında, %4'ünün (n=9) elektrik çarpması şeklinde, %3,6'sının (n=8) zonklayıcı şekilde, %2,7'sinin (n=6) iğnelenme tarzında, %2,3'ünün (n=5) gerilme tarzında ağrısını tarif ettiği tespit edilmiştir.

Ağrısı olan katılımcıların %26,3'ü (n=59) ağrının gün içinde şekil değiştirdiğini, %73,7'si (n=165) şekil değiştirmedini belirtmiştir.

“Ağrınız gün içinde sürekli devam ediyor mu?” sorusuna katılımcıların %47,3'ü (n=106) evet, %52,7'si (n=118) hayır yanıtını vermiştir.

“Ağrınız gece veya gündüz şiddetleniyor mu?” sorusuna katılımcıların %64,3'ü (n=144) evet, %35,7'si (n=80) hayır yanıtını verdi. Evet yanıtını verenlerin %47,3'ünün (n=106) gece, %17'sinin (n=38) gündüz şiddetlendiği saptanmıştır.

“Ağrınız için daha önce hiç doktora başvurduğunuz mu?” sorusuna katılımcıların %96’sı (n=215) evet, %4’ü (n=9) hayır yanıtını vermiştir. Toplam sekiz katılımcının doktora başvurduğu fakat branşını hatırlamadığı saptanmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların kronik ağrıları için başvurdukları branş

Başvurduğu branş	Kişi Sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Ortopedi	44	%21,3
Aile hekimliği	41	%19,8
Dahiliye	27	%13
Fizik tedavi	22	%10,6
Beyin cerrahi	13	%6,3
Nöroloji	11	%5,3
Cildiye	2	%1
Genel cerrahi	2	%1
Diğer	11	%5,3
Birden fazla branş	34	%16,4
Hatırlamadıkları branş	8	%3,7

“Ağrı sebebiniz belirlenip tıbbi bir tanı konuldu mu?” sorusuna katılımcıların %87,9’unun (n=197) evet, %12,1’inin (n=27) hayır yanıtını verdiği saptanmıştır. Ağrılarına neden olarak katılımcıların aldıkları tanıları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların kronik ağrıya neden olan hastalıkları

Hastalık	Kişi Sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Osteoartrit	58	%29,4
Spinal Stenoz	28	%14,2
Romatoid Artrit	16	%8,1
Fibromyalji-Myofasiyal ağrı sendromları	13	%6,6
Kas Zorlanması	12	%6,1
Servikal Herni	10	%5,1
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	7	%3,6
Osteoporoz	5	%2,5
Migren	4	%2
Travma	4	%2
Hipertansiyon	3	%1,5
Göğüs Hastalıkları	2	%1
Akut Romatizmal Ateş	1	%0,7
Adını Hatırlamadıkları Tanı	5	%2,5
Diğer Hastalıklar	29	%14,7

“Ağrınız için radyolojik görüntüleme yapıldı mı?” sorusuna katılımcıların %80,4’ü (n=180) evet, %19,6’sı (n=44) hayır yanıtını vermiştir.

“Ağrınız için sürekli bir tıbbi tedavi başlandı mı?” sorusuna katılımcıların %72,8’i (n=163) evet, %27,2’si (n=61) hayır yanıtını vermiştir. Evet yanıtı veren katılımcıların %38,7’sinin (n=63) “ağrı kesici hap”, %22,1’inin (n=36) “ağrı kesici jel”, %13,5’inin (n=22) “kendi hastalığına ait ağrı kesici harici bir ilaç”, %12,3’ünün (n=20) “fizik tedavi uygulaması”, %6,7’sinin (n=11) “ağrı için intramüsküler enjeksiyon”, %3,1’inin (n=22) “hatırlamadığı bir

tedavi”, %1,2’sinin (n=2) “eklem içi enjeksiyon”, %1,2’sinin (n=2) “antidepresan”, %1,2’sinin (n=2) bu tedaviler haricinde bir tedavi aldığı belirlenmiştir.

“Ağrınız için uygulanan tedavilere düzenli devam ettiniz mi?” sorusuna katılımcıların %88,3’ü (n=144) evet, %11,7’si (n=19) hayır yanıtını vermiştir.

“Ağrınız için hiç doktora başvurmadan ilaç kullandınız mı?” sorusuna katılımcıların %33,5’i (n=75) evet, %66,5’i (n=149) hayır yanıtını vermiştir. Evet yanıtı veren katılımcıların %69,3’ünün (n=52) “ağrı kesici hap”, %30,7’sinin (n=23) “ağrı kesici jel” kullandıkları belirlenmiştir.

“Ağrınız için hiç akupunktur, masaj, hacamat, benzeri ilaç dışı bir tedavi aldınız mı?” sorusuna katılımcıların %39,7’si (n=89) evet, %60,3’ü (n=135) hayır yanıtını vermiştir. Evet yanıtını veren katılımcıların %23,6’sının (n=21) “masaj”, %16,9’unun (n=15) “hacamat”, %6,7’sinin (n=6) “akupunktur” ve %4,5’inin (n=4), “diğer bir tedavi” yöntemi ile tedavi edildiği belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %48,3’ünün (n=43) “fizik tedavi” uygulaması ile tedavi edildiği belirlenmiştir.

“Ağrınıza sebep olan durumdan hastaneye yatışınız oldu mu?” sorusuna katılımcıların %31,7’si (n=71) evet, %68,3’ü (n=153) hayır yanıtını vermiştir.

“Ağrınız için hiç cerrahi bir işlem uygulandı mı?” sorusuna katılımcıların %15,6’sı (n=35) evet, %84,4’ü (n=189) hayır yanıtını vermiştir.

“Ağrınız yaşam kalitenizi azaltıp sizi mutsuz ediyor mu?” sorusuna katılımcıların %84,8’i (n=190) evet, %15,2’si (n=34) hayır yanıtını vermiştir.

“Ağrınız son altı ay içerisinde çocuğunuzun/torununuzun sizinle vakit geçirmesine engel oldu mu?” sorusuna katılımcıların %61,2’si (n=137) evet, %38,8’i (n=87) hayır yanıtını vermiştir.

“Ağrınız uzun süren seyahatlere çıkmanızı engelledi mi?” sorusuna katılımcıların %59,4’ü (n=133) kişi evet, %40,6’sı (n=91) kişi hayır yanıtını vermiştir.

“Ağrı bulunan bölgeye uyan vücut kısmı daha önce araba kazası, düşme, çarpma sonucu kırık, çıkık, yumuşak dokuda ezilme, açık yara benzeri bir travmaya maruz kaldı mı?” sorusuna katılımcıların %25,4’ü (n=57) evet, %74,6’sı (n=167) hayır yanıtını vermiştir.

“Ağrınızdan dolayı koltuk değneği, baston, yürüteç benzeri yardımcı bir araç kullanıyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %24,1’i (n= 54) evet, %75,9’u (n=170) hayır yanıtını vermiştir.

Katılımcıların geriatrik ağrı ölçeğine verdikleri cevapların dağılımı Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Geriatrik Ağrı Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

	Evet	Hayır
Koşma, ağırlık kaldırma, yorucu spor yapma gibi şiddetli aktivitelerden sonra ağrınız oluyor mu?	%73,7 (n=165)	%26,3 (n=59)
Spor yaparken, elektrik süpürgesi iterken, ağır bir masayı iterken gibi orta derecede ağır aktiviteleri yaparken ağrınız oluyor mu?	%74,1 (n=166)	%25,9 (n=58)
Alışveriş malzemelerini taşıırken ya da kaldırırken ağrınız oluyor mu?	%74,6 (n=167)	%25,4 (n=52)
Birden fazla merdiveni çıkarken ağrınız oluyor mu?	%64,7 (n=145)	%35,3 (n=79)
Sadece birkaç basamak çıkarken ağrınız oluyor mu?	%57,6 (n=129)	%42,4 (n=95)
Bir bloktan öteye yürüdüğünüzde ağrınız oluyor mu?	%63,8 (n=143)	%36,2 (n=81)
Banyo yaparken ya da giyinirken ağrınız oluyor mu?	%49,1(n=110)	%50,9 (n=114)
Ağrıdan dolayı işe ya da diğer aktivitelere ayırdığınız zaman azalıyor mu?	%67,0 (n=150)	%33,0 (n=74)
İsteğiniz başarmanız ağrıdan dolayı azalıyor mu?	%67,4 (n=151)	%32,6 (n=73)

Tablo 5 (Devam). Geriatrik Ağrı Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

	Evet	Hayır
Aktivitelerinizi ya da yaptığınız işi ağrıdan dolayı sınırlandırdığınız oluyor mu?	%75,9 (n=170)	%24,1(n=54)
Yaptığınız iş ya da aktiviteler ağrıdan dolayı ekstra çaba gerektiriyor mu?	%80,8 (n=181)	%19,2 (n=43)
Ağrıdan dolayı uyku probleminiz oluyor mu?	%58,0 (n=130)	%42,0 (n=94)
Ağrı hissi dini aktivitelerinizi yapmanıza engel oluyor mu?	%47,8 (n=107)	%52,2 (n=117)
Ağrı sizin sosyal ya da eğlence aktivitelerine katılmanızı engelliyor mu?	%69,2 (n=155)	%30,8 (n=69)
Ağrı sizin seyahat ya da standart ulaşımınızı engelliyor mu?	%65,2 (n=146)	%34,8 (n=78)
Ağrı sizin yorgun ve tükenmiş hissetmenize neden oluyor mu?	%72,3 (n=162)	%27,7 (n=62)
Ağrı nedeniyle aile üyelerine bağımlı olmak zorunda mı kalıyorsunuz?	%37,5 (n=84)	%62,5 (n=140)
Tamamen bitmeyen ağrınız var mı?	%25,9 (n=58)	%74,1 (n=166)

Tablo 5 (Devam). Geriatrik Ağrı Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

	Evet	Hayır
Her gün ağrınız var mı?	%62,1 (n=139)	%37,9 (n=85)
Haftada bazen ağrınız oluyor mu?	%93,8 (n=210)	%6,3 (n=14)
7 gün içinde ağrı sizin üzgün ve depresif hissetmenize neden oldu mu?	%84,4 (n=189)	%15,6 (n=35)
0-10 arası bir skalada “0” ağrı yok, “10” hayal edebileceğiniz en kötü ağrı ise sizin ağrınız bugün hangi şiddettedir?	6,01±2,5	
7 gün içinde 0-10 arası bir skalada “0” hiç ağrı yok, “10” hayal edebileceğiniz en kötü ağrı ise sizin ağrınız ne kadar şiddetliydi?	5,78±2,39	

Katılımcılardan kronik ağrısı olan (n=224) kişilerin GAÖ ortalamaları 61,81±20,54 saptanmışken minimum 19,04, maksimum 99,96 puan aldıkları saptanmıştır. GAÖ puanlarının hafif, orta ve şiddetli ağrı için dağılımı Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 6. Ağrı şiddetinin geriatrik ağrı ölçeğine göre dağılımı

Ağrı şiddeti	Kişi sayısı(n)	Yüzde (%)
Hafif ağrı	19	%8,5
Orta ağrı	117	%52,2
Ağır ağrı	88	%39,3
Toplam	224	%100

KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKLER

Katılımcıların yaşı arttıkça, kronik ağrı varlığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır ($Z=-2,019$, $p=0,043$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısı arttıkça, kronik ağrı olma durumu istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır ($Z=-2,619$, $p=0,009$). Katılımcıların gelir düzeyi arttıkça, kronik ağrı varlığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak azalmış saptanmıştır ($Z=-2,322$, $p=0,020$). Katılımcıların kronik ağrı varlığı ile vücut kitle indeksi ($Z=-0,762$, $p=0,446$), emekli olmadan önceki çalışma süresi ($Z=-0,843$, $p=0,399$), emekli olduktan sonra geçirdikleri süre ($Z=0,843$, $p=0,791$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hala çalışmakta olan katılımcıların çalışma süresi ile kronik ağrı varlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($Z=0,453$, $p=0,651$).

Tablo 7. Kronik ağrı olma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin ilişkisi

Kronik ağrı		Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz	p değeri
Yaş	n	224	144	Z= -2,019	p=0,043*
	Ortalama± ss	72,87±6,863	71,58±6,385		
Vücut Kitle İndeksi	n	224	144	Z= -0,762	p=0,446
	Ortalama± ss	27,58±4,49	27,89±3,92		
İlaç sayısı	n	204	118	Z= -2,619	p=0,009*
	Ortalama± ss	2,65±1,631	2,16±1,346		
Gelir	n	224	144	Z= -2,322	p=0,020*
	Ortalama± ss	2748,9 ±1449,5	3040,6 ±1427,5		
Emekli olmadan önceki çalışma süresi	n	123	81	Z= -0,843	p=0,399
	Ortalama± ss	32,78±9,848	31,81±8,355		

Tablo 7 (Devam). Kronik ağrı olma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin ilişkisi

Kronik ağrı		Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz	p değeri
Emekli olduktan sonra geçen süre	n	123	81	Z=-0,265	p=0,791
	Ortalama± ss	17,11±8,65	16,95±7,85		
Hala çalışanların çalıştığı süre	n	25	22	Z=-0,453	p=0,651
	Ortalama± ss	39,44±5,02	41,14±13,49		

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma; Mann-Whitney U Testi. *İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

Kadın katılımcıların kronik ağrısı, erkeklere göre (Pearson $\chi^2=6,765$, $p=0,009$) ve çocuk sahibi olan katılımcıların kronik ağrısı, çocuk sahibi olmayanlara göre (Pearson $\chi^2=8,144$, $p=0,004$) anlamlı olarak artmış saptanmıştır. Kronik ağrı olma durumu ile katılımcıların sigara içmesi arasında anlamlı fark saptanmıştır. Sigara içenlerin ağrısı, içmiş ve bırakmış olanlara ve hiç içmemiş olanlara göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (Pearson $\chi^2=7,084$, $p=0,029$). Katılımcılardan kronik hastalığı olanların (Pearson $\chi^2=11,765$, $p=0,001$) ve ilaç kullananların (Pearson $\chi^2=6,676$ $p=0,01$) kronik ağrısının olma durumu anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ebeveyni veya eşi ve ebeveyni ile yaşayan katılımcıların kronik ağrısının olma durumu, diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (Pearson $\chi^2=19,928$, $p=0,001$). Katılımcılardan günlük hayatta desteğe gereksinim duyanların kronik ağrısı, gereksinim duymayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. (Pearson $\chi^2=10,152$, $p=0,001$). Katılımcıların medeni durumu (Pearson $\chi^2=0,086$, $p=0,958$) ve eğitim durumu (Pearson $\chi^2=3,764$, $p=0,584$) ile kronik ağrı olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların mesleği (Pearson $\chi^2=3,803$, $p=0,284$), aktif olarak çalışması (Pearson $\chi^2=0,796$, $p=0,372$), sosyal güvencesinin varlığı (Fisher's exact=0,384), alkol kullanımı (Pearson $\chi^2=4,52$, $p=0,104$) ile kronik ağrı olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 8. Kronik ağrı olma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Kronik ağrı		Evet	Hayır	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	126 %67,4	61 %32,6	187 %100	Pearson $\chi^2=6,765$	0,009*
	Erkek	98 %54,1	83 %45,9	181 %100		
Çocuk sahibi olma	Evet	209 %63,3	121 %36,7	330 %100	Pearson $\chi^2=8,144$	0,004*
	Hayır	15 %39,5	23 %60,5	38 %100		
Medeni durum	Bekar	10 %58,8	7 %41,2	17 %100	Pearson $\chi^2=0,086$	0,958
	Evli	146 %58,2	105 %41,8	251 %100		
	Dul/Boşanmış	68 %68	32 %32	100 %100		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	5 %55,6	4 %44,4	9 %100	Pearson $\chi^2=3,764$	0,584
	Okuryazar	14 %63,6	8 %36,4	22 %100		
	İlkokul	96 %64,9	52 %35,1	148 %100		
	Ortaokul	33 %64,7	18 %35,5	51 %100		
	Lise	38 %57,6	28 %42,4	66 %100		
	Üniversite	38 %52,8	34 %47,2	72 %100		

Tablo 8 (Devam). Kronik ağrı olma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Kronik ağrı		Evet	Hayır	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Meslek	Serbest meslek	14 %50	14 %50	28 %100	Pearson $\chi^2=3,803$	0,284
	Memur	7 %58,3	5 %41,7	12 %100		
	İşçi	4 %100	0 %0	4 %100		
	Emekli	115 %58,4	82 %41,6	197 %100		
	Çalışmıyor	84 %66,1	43 %33,9	127 %100		
Aktif çalışma	Evet	25 %53,2	22 %46,8	47 %100	Pearson $\chi^2=0,796$	0,372
	Hayır	123 %60,3	81 %39,7	204 %100		
Sosyal güvence	Evet	222 %61,2	141 %38,8	363 %100	Fisher's exact	0,384
	Hayır	2 %40	3 %60	5 %100		
Alkol kullanımı	Hiç içmedim	143 %64,7	78 %35,3	221 %100	Pearson $\chi^2=4,52$	0,104
	İçiyordum bıraktım	58 %58	42 %42	100 %100		
	İçiyorum	23 %48,9	24 %51,1	47 %100		

Tablo 8 (Devam). Kronik ağrı olma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Kronik ağrı		Evet	Hayır	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Sigara kullanımı	Hiç içmedim	125 %66,5	63 %33,5	188 %100	Pearson $\chi^2=7,084$	0,029*
	İçiyordum bıraktım	65 %59,1	45 %40,9	110 %100		
	İçiyorum	34 %48,6	36 %51,4	70 %100		
Kronik hastalık varlığı	Evet	215 %63,4	124 %36,6	339 %100	Pearson $\chi^2=11,765$	0,001*
	Hayır	9 %31	20 %69	29 %100		
İlaç kullanımı	Var	204 %63,4	118 %36,6	322 %100	Pearson $\chi^2=6,676$	0,01*
	Yok	20 %43,5	26 %56,5	46 %100		
Birlikte yaşadığı	Yalnız	51 %69,9	22 %30,1	73 %100	Pearson $\chi^2=19,928$	0,001*
	Eş	128 %59,5	87 %40,5	215 %100		
	Eş ve Çocuklar + Bakıcı+Gelin/Damat ve Torun	30 %73,2	11 %26,8	41 %100		
	Çocuklar	13 %54,2	11 %45,8	24 %100		
	Ebeveyn+ Eş ve Ebeveyn	2 %13,3	13 %86,7	15 %100		

Tablo 8 (Devam). Kronik ağrı olma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Desteğe gereksinim duyma	Evet	61 %76,2	19 %23,8	80 %100	Pearson $\chi^2=10,152$	0,001*
	Hayır	163 %56,6	125 %43,4	288 %100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi. *İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların yaşı arttıkça, diğer vücut bölgelerine kıyasla kalça ve tüm vücut ağrısı istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır (KW=18,574, p=0,046). Katılımcıların ağrı bölgesi ile cinsiyeti arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Pearson $\chi^2=8,903$, p=0,351).

Tablo 9. Ağrı bölgesi ile yaş arasındaki ilişki

		Yaş			İstatistiksel Analiz
		n	Ortalama	ss	
Ağrı bölgesi	Tüm vücut	7	83,14	6,203	KW $\chi^{2*}=18,574$ p=0,046
	Kalça	13	75,85	8,543	
	Bacak	8	74,88	8,855	
	Omuz	11	74,36	7,659	
	Göğüs-Karın	18	73,78	8,842	
	Bel	35	73,26	7,290	
	Baş-Boyun	25	73,12	6,385	
	Diz	62	71,42	5,146	
	Ayak-Ayak bileği	17	71,18	4,613	
	Sırt	22	71,05	6,245	
	Dirsek-El bileği	6	69,5	3,271	

* Kruskal- Wallis H Testi

Yaş arttıkça, katılımcıların kronik ağrısının gün içinde sürekli devam etmesi istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır ($Z=-2,388$, $p=0,017$).

Tablo 10. Ağrının gün içinde sürekli devam etmesi ile katılımcıların yaşı arasındaki ilişki

		n	Yaş		İstatistiksel Analiz
			Ortalama	ss	
“Ağrınız gün içinde sürekli devam ediyor mu?”	Evet	106	73,78	6,73	$Z^*=-2,388$ $p=0,017$
	Hayır	118	72,05	6,90	

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Ağrının gece/gündüz şiddetlenmesi ile katılımcıların yaşı ($KW=0,721$, $p=0,697$) istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Ağrı için doktora başvuru yapma durumu ile katılımcıların yaşı ($Z=-1,289$, $p=0,197$), cinsiyeti (Fisher's exact=0,966), eğitimi (Fisher's exact=0,001, $p=0,969$), gelir durumu ($Z=-0,213$, $p=0,831$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Ağrı için doktora başvuru yapılan branş ile yaş ($KW=11,145$, $p=0,266$), cinsiyet (Pearson $\chi^2=3,954$, $p=0,785$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların geliri arttıkça, diğer branşlara kıyasla ortopediye başvuru istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır ($KW=18,574$, $p=0,046$).

Tablo 11. Ağrı için doktora başvuru branş ile katılımcıların gelir durumu arasındaki ilişki

		Gelir			İstatistiksel Analiz
		n	Ortalama	ss	
Ağrı için doktora başvuru branş	Cildiye	2	6500	707,10	KW $\chi^2=10,623$ p=0,004
	Genel Cerrahi	2	4750	1767,76	
	Ortopedi	44	2978,41	2058,37	
	Fizik Tedavi	22	2961,36	1490,76	
	Aile Hekimliği	41	2864,63	1317,39	
	Dahiliye	27	2787,04	1119,97	
	Nöroloji	11	2627,27	1032,80	
	Diğer	11	2622,73	963,94	
	Beyin Cerrahi	13	2557,69	454,53	
	Birden Fazla Başyuru	34	2006,18	853,91	

*Kruskal-Wallis H Testi

Ağrının tıbbi tanısının konulması ile katılımcıların yaşı ($Z=-0,638$, $p=0,523$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Ağrı için sürekli bir tıbbi tedavi başlanması ile yaş ($Z=-0,397$, $p=0,691$), eğitim durumu (Pearson $\chi^2=5,945$, $p=0,114$), aktif kronik hastalık varlığı (Fisher's exact=0,26), ilaç kullanımı (Pearson $\chi^2=0,669$, $p=0,414$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Ağrı için kullanılan tıbbi tedavinin çeşidi ile yaş (KW=4,443, $p=0,815$), gelir (Pearson $\chi^2=5,780$, $p=0,328$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların geliri arttıkça, ağrısı için uygulanan tedavilere düzenli devam etme durumu istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır ($Z=-2,565$, $p=0,010$). Ağrı için uygulanan tedavilere düzenli devam edilmesi ile yaş ($Z=-0,220$, $p=0,826$), cinsiyet (Pearson $\chi^2=0,172$, $p=0,679$) günlük bakımına yardımcı olan kimsenin olması (Fisher's exact=0,78) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 12. Ağrı için uygulanan tedavilere düzenli devam etme ile katılımcıların gelir durumu arasındaki ilişki

		n	Gelir		İstatistiksel Analiz
			Ortalama	ss	
“Ağrı için uygulanan tedavilere düzenli devam ettiniz mi?”	Evet	144	2711,25	1456,586	Z*=-2,565 p=0,010
	Hayır	19	2038,95	500,099	

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Katılımcıların yaşı arttıkça, ağrısı için doktora başvurmadan ilaç kullanma durumu istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır (Z=-2,071, p=0,038). Ağrı için doktora başvurmadan ilaç kullanılması durumu ile katılımcıların eğitim durumu (Pearson $\chi^2=2,154$, p=0,341) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 13. Ağrı için doktora başvurmadan ilaç kullanma ile katılımcıların yaşı arasındaki ilişki

		n	Yaş		İstatistiksel Analiz
			Ortalama	ss	
“Ağrınız için doktora başvurmadan ilaç kullandınız mı?”	Evet	75	74,24	7,317	Z*=-2,071 p=0,038
	Hayır	149	72,18	6,450	

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Ağrı için doktora başvurmadan kullanılan ilacın çeşidi ile yaş (Z=-0,213, p=0,831) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kronik hastalığı olan katılımcıların ağrıları nedeniyle ilaç dışı tedavi kullanma durumu istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır (Fisher’s exact=0,012). Tıbbi durumları veya hastalıkları nedeniyle ilaç kullanımı olan katılımcıların ağrıları nedeniyle ilaç dışı tedavi kullanma durumu istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır (Pearson $\chi^2=11,063$, p=0,001). Katılımcılardan omuz, dirsek ve el bileği ağrısı bulunanların, ilaç dışı tedavi

kullanma durumu diğer vücut bölgeleri ağrıyanlara göre anlamlı olarak daha artmış saptanmıştır (Pearson $\chi^2=18,692$, $p=0,017$). Ağrı için ilaç dışı tedavi kullanımı ile katılımcıların yaş ($Z=-0,907$, $p=0,364$), cinsiyet (Pearson $\chi^2=1,175$, $p=0,278$), eğitim durumu (Pearson $\chi^2=2,027$, $p=0,363$), gelir durumu ($Z=-0,144$, $p=0,886$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 14. Ağrı için ilaç dışı bir tedavi ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Ağrınız için hiç akupunktur, masaj, hacamat, benzeri ilaç dışı bir tedavi aldınız mı ?”		Evet	Hayır	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Kronik hastalık varlığı	Evet	89 %41,4	126 %58,6	215 %100	Fisher’s exact	0,012*
	Hayır	0 %0	9 %100	9 %100		
İlaç kullanımı	Evet	88 %43,1	116 %56,9	204 %100	Pearson $\chi^2=11,063$	0,001*
	Hayır	1 %5	19 %95	20 %100		
Ağrı bölgesi	Omuz+ Dirsek	11 %64,7	6 %35,3	17 %100	Pearson $\chi^2=18,6920$	0,017*
	Tüm vücut	4 %57,1	3 %42,9	7 %100		
	Bel	18 %51,4	17 %48,6	35 %100		
	Kalça	6 %46,2	7 %53,8	13 %100		
	Diz+Bacak	29 %41,4	41 %58,6	70 %100		
	Sırt	9 %40,9	13 %59,1	22 %100		
	Baş-Boyun	7 %28	18 %72	25 %100		
	Ayak-Ayak bileği	3 %17,6	14 %82,4	17 %100		
	Göğüs-Karın	2 %11,1	16 %88,9	18 %100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi. *İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların yaşı arttıkça, ilaç dışı tedavilerden hacamatın kullanımı diğerlerine kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır (KW=-11,014, $p=0,026$).

Tablo 15. Ağrı için kullanılan ilaç dışı tedavinin çeşidi ile katılımcıların yaşı arasındaki ilişki

		Yaş			İstatistiksel Analiz
		n	Ortalama	ss	
Ağrı için kullanılan ilaç dışı tedavinin çeşidi	Hacamat	15	78,53	8,017	KW $\chi^2=11,014$ p=0,026
	Fizik tedavi	43	73,12	7,547	
	Masaj	21	73	6,205	
	Diğer	4	72,75	8,382	
	Akupunktur	6	67,83	1,722	

* Kruskal- Wallis H Testi.

Katılımcıların geliri arttıkça, ilaç dışı tedavilerden akupunktur ve sınıflandırmadığımız tedavilerin kullanımı diğerlerine kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır (Z=-2,019, p=0,043).

Tablo 16. Ağrı için kullanılan ilaç dışı tedavinin çeşidi ile katılımcıların geliri arasındaki ilişki

		Gelir			İstatistiksel Analiz
		n	Ortalama	ss	
Ağrı için kullanılan ilaç dışı tedavinin çeşidi	Diğer	4	3535	3059,995	KW $\chi^2=10,624$ p=0,031
	Akupunktur	6	3300	1473,771	
	Fizik tedavi	43	2708,14	782,314	
	Masaj	21	2626,19	1205,365	
	Hacamat	15	1913,33	742,214	

* Kruskal- Wallis H Testi.

Araştırmaya katılanların ağrısı nedeniyle hastaneye yatışının olması ile yaşı ($Z=-1,537$, $p=0,124$), gelir durumu ($Z=-0,961$, $p=0,336$), kronik hastalığının olması (Fisher's exact=0,278) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırmaya katılanların ağrısı için cerrahi işlem uygulanması ile yaşı ($Z=-1,584$, $p=0,113$), kronik hastalığının olması (Fisher's exact=0,361) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

“Ağrı bulunan bölgeye uyan vücut kısmı daha önce araba kazası, düşme veya çarpma sonucu kırık, çıkık, yumuşak dokuda ezilme, açık yara benzeri bir travmaya maruz kaldı mı?” sorusu ile katılımcıların yaşı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

“Ağrınızdan dolayı koltuk değneği, baston, yürüteç benzeri yardımcı bir araç kullanıyor musunuz?” sorusu ile katılımcıların yaşı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($Z=-3,932$, $p=0,001$). Katılımcıların yaşı arttıkça, ağrısı için yardımcı bir araç kullanma durumu artmış saptanmıştır.

Tablo 17. Ağrı nedeni ile harekete yardımcı bir araç kullanma ile yaş arasındaki ilişki

		Yaş			İstatistiksel Analiz
		n	Ortalama	ss	
“Ağrınızdan dolayı koltuk değneği, baston, yürüteç benzeri yardımcı bir araç kullanıyor musunuz?”	Evet	54	76,61	8,123	$Z^*=-3,932$ $p=0,001$
	Hayır	170	71,68	5,964	

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Katılımcıların yaşı ($KW=13,59$, $p=0,001$) ve vücut kitle indeksi ($KW=11,38$, $p=0,003$) arttıkça, geliri ($KW=11,38$, $p=0,003$) azaldıkça, GAÖ'ye göre ağrının şiddeti istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır.

Tablo 18. Geriatrik Ağrı Ölçeği ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Geriatrik Ağrı Ölçeği		Hafif	Orta	Ağır	İstatistiksel Analiz	p değeri
Yaş	n	19	117	88	KW $\chi^2=13,59$	0,001
	Ortalama± ss	69,53± 3,062	71,79± 6,335	75,03± 7,518		
Vücut Kitle İndeksi	n	19	117	88	KW $\chi^2=11,38$	0,003
	Ortalama± ss	25,795± 3,803	26,762± 3,592	29,053± 5,28		
Gelir	n	19	117	88	KW $\chi^2=11,277$	0,004
	Ortalama± ss	3202,63± 1227,517	2937,18± 1636,072	2400,68± 1135,774		

* Kruskal- Wallis H Testi.

GAÖ puanlamaları dahilinde ağrı şiddeti ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Pearson $\chi^2=12,104$, $p=0,002$). Kadınların %49,2'sinin ağır şiddetli ağrısı ve erkeklerin %62,2'sinin orta şiddetli ağrısı olduğu istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır. Ağrı şiddeti ile çocuk sahibi olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Pearson $\chi^2=9,209$, $p=0,010$). Çocuk sahibi olanların %51,7'sinin anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrısı saptanmıştır. Üniversite mezunlarının %60,5'inin orta şiddetli ağrı yaşadığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır (Pearson $\chi^2=19,502$ $p<0,001$). Hiç çalışmamış olan katılımcıların %59,5'inin anlamlı düzeyde ağır şiddetli, emekli olanların %60'ının anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2=26,022$, $p<0,001$). Katılımcıların medeni durumu ile geriatrik ağrı ölçeğine göre ağrı şiddeti arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Pearson $\chi^2=1,886$, $p=0,389$).

Tablo 19. Geriatrik Ağrı Ölçeği ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Geriatrik Ağrı Ölçeği		Hafif	Orta	Ağır	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	8 %6,4	56 %44,4	62 %49,2	126 %100	Pearson $\chi^2=12,104$	0,002*
	Erkek	11 %11,3	61 %62,2	26 %26,5	98 %100		
Çocuk sahibi olma	Evet	15 %7,2	108 %51,7	86 %41,1	209 %100	Pearson $\chi^2=9,209$	0,010*
	Hayır	4 %26,7	9 %60	2 %13,3	15 %100		
Medeni durum	Bekar+ Dul/ Boşanmış	5 %6,4	36 %46,2	37 %47,4	78 %100	Pearson $\chi^2=3,476$	0,176
	Evli	14 %9,6	81 %55,5	51 %34,9	146 %100		
Eğitim	Okuryazar değil+ Okuryazar +ilkokul +ortaokul +lise	10 %5,4	94 %50,5	82 %44,1	186 %100	Pearson $\chi^2=19,502$	<0,001*
	Üniversite	9 %23,7	23 %60,5	6 %15,8	38 %100		
Meslek	Serbest meslek +Memur +İşçi	3 %12	19 %76	3 %12	25 %100	Pearson $\chi^2=26,022$	<0,001*
	Emekli	11 %9,6	69 %60	35 %30,4	115 %100		
	Çalışmıyor	5 %6	29 %34,5	50 %59,5	84 %100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi. *İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Alkol kullanan katılımcıların %56,8'inin anlamlı olarak ağrıyı orta şiddetli yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2=7,404$ p=0,025). Sigara içip bırakmış olan katılımcıların %66,2'sinin, hala sigara içmekte olan katılımcıların %44,1'inin, hiç sigara içmeyenlerin %47,2'sinin anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2= 15,577$, p=0,004). Katılımcıların ilaç kullanım durumu ile geriatrik ağrı ölçeğine göre ağrı şiddeti arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Pearson $\chi^2=4,070$, p=0,131).

Tablo 20. Geriatrik Ağrı Ölçeği ile bazı tutum sorularının karşılaştırması

Geriatrik Ağrı Ölçeği		Hafif	Orta	Ağır	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Alkol kullanımı	Hiç kullanmadım + İçiyordum bıraktım	8 %5,6	71 %49,6	64 %44,8	143 %100	Pearson $\chi^2=7,404$	0,025*
	İçiyorum	11 %13,6	46 %56,8	24 %29,6	81 %100		
Sigara kullanımı	Hiç kullanmadım	7 %5,6	59 %47,2	59 %47,2	125 %100	Pearson $\chi^2=15,577$	0,004*
	İçiyordum bıraktım	5 %7,7	43 %66,1	17 %26,2	65 %100		
	İçiyorum	7 %20,6	15 %44,1	12 %35,3	34 %100		
İlaç kullanımı	Evet	17 %8,3	104 %51	83 %40,7	204 %100	Pearson $\chi^2=1,886$	0,389
	Hayır	2 %10	13 %65	5 %25	20 %100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi. *İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Günlük bakımına yardımcı olunan katılımcıların %55,9'unun anlamlı düzeyde orta şiddetli ve yardımcı olunmayanların %57,8'inin anlamlı düzeyde ağır şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2= 8,237$, $p=0,016$). Günlük hayatta desteğe gereksinim duyan katılımcıların %63,9'unun, gereksinim duymayanların %60,1'inin anlamlı düzeyde ağır şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2=21,354$, $p<0,001$). Biriyle birlikte yaşama durumu ile ağrı şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Pearson $\chi^2= 4,070$, $p=1,131$).

Tablo 21. Geriatrik Ağrı Ölçeği ile sosyal durumların karşılaştırması

Geriatrik Ağrı Ölçeği		Hafif	Orta	Ağır	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Birlikte yaşadığı	Yalnız	6 %11,8	21 %41,1	24 %47,1	51 %100	Pearson $\chi^2=4,070$	0,131
	Eş+Eş ve Çocuklar +Bakıcı+ Gelin/Damat ve Torun+ Çocuklar+ Ebeveyn+ Eş ve Ebeveyn	13 %7,8	96 %57,1	59 %35,1	168 %100		
Bakımına yardımcı olunması	Evet	17 %9,5	100 %55,9	62 %34,6	179 %100	Pearson $\chi^2=8,237$	0,016*
	Hayır	2 %4,4	17 %37,8	26 %57,8	45 %100		
Desteğe gereksinim duyma	Evet	3 %4,9	19 %31,1	39 %63,9	61 %100	Pearson $\chi^2=21,354$	<0,001*
	Hayır	16 %9,8	98 %60,1	49 %30,1	163 %100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi. *İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların ağrısının gün içinde sürekli olması ile ağrı şiddeti arasında anlamlı fark saptanmış olup, ağrısı gün içinde sürekli olanların %58,5'inin ağır şiddetli, sürekli olmayanların %66,1'inin orta şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2=31,438$, $p<0,001$). Ağrısı için

radyolojik görüntüleme yapılmayan katılımcıların %70,5'inin, yapılanların %47,8'inin anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrısının olduğu saptanmıştır (Pearson $\chi^2=10,225$, $p=0,006$). Ağrı için tıbbi tedavi başlanan katılımcıların %50,3'ünün ve tedavi başlanmayanların %57,4'ünün anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2=7,094$, $p=0,029$). Ağrısı için ilaç dışı alternatif bir tedavi kullanan katılımcıların %51,7'sinin anlamlı düzeyde ağır şiddetli, kullanmayan katılımcıların %70,5'inin anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrısı olduğu saptanmıştır (Pearson $\chi^2=10,534$, $p=0,005$). Ağrıya sebep olan durumdan hastaneye yatışı olan katılımcıların %54,9'unun anlamlı düzeyde ağır şiddetli ağrısı, %60,8'inin anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrısı olduğu saptanmıştır (Pearson $\chi^2=14,185$, $p=0,001$). Ağrısı için cerrahi işlem uygulanan katılımcıların %62,9'unun anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2=9,678$, $p=0,008$).

“Ağrınız yaşam kalitenizi azaltıp sizi mutsuz ediyor mu?” sorusuna evet yanıtı veren katılımcıların %48,4'ünün anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrı, %45,3'ünün anlamlı düzeyde ağır şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır. “Ağrınız son 6 ay içerisinde çocuk veya torununuzun sizinle vakit geçirmesine engel oldu mu?” sorusuna evet yanıtı veren katılımcıların %48,4'ünün, hayır yanıtı verenlerin %73,5'inin anlamlı düzeyde orta şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2=21,791$, $p=<0,001$). “Ağrınız uzun süren seyahatlere çıkmanızı engelledi mi?” sorusuna evet yanıtı veren katılımcıların %54,9'unun anlamlı düzeyde ağır şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2=38,280$, $p=<0,001$). “Ağrınızdan dolayı koltuk değneği, baston, yürüteç benzeri yardımcı bir araç kullanıyor musunuz?” sorusuna evet yanıtı veren katılımcıların %75,9'u anlamlı düzeyde ağır şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (Pearson $\chi^2=41,151$, $p=<0,001$).

GAÖ kullanılarak hesaplanan katılımcıların ağrı şiddeti ile ağrı tarifi (Pearson $\chi^2=6,602$, $p=0,359$) ağrısının şekil değiştirmesi (Pearson $\chi^2=3,333$, $p=0,189$), ağrı bölgesi (Pearson $\chi^2=6,879$, $p=0,332$), doktora başvuru yapma durumu (Pearson $\chi^2=3,143$, $p=0,208$), ağrısı nedeniyle aldıkları tıbbi tanı (Pearson $\chi^2=1,780$, $p=0,411$), ağrısı için başlanan tedaviye düzenli devam etme durumu (Pearson $\chi^2=1,035$, $p=0,596$) ağrı için doktora başvurmadan ilaç kullanması (Pearson $\chi^2=0,164$, $p=0,921$) arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 22. Geriatrik Ağrı Ölçeği ile ağrı özelliklerinin ilişkisi

Geriatrik Ağrı Ölçeği		Hafif	Orta	Ağır	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Ağrı tarifi	Sancı +Kramp	7 %11,3	35 %56,5	20 %32,2	62 %100	Pearson $\chi^2=6,602$	0,359
	Baskı +Zonklama +Gerilme +Elektrik çarpması +Bıçak saplanması	3 %4,2	34 %47,9	34 %47,9	71 %100		
	Yanma	4 %7	31 %54,4	22 %38,6	57 %100		
	Batma+ İğnelenme	5 %14,7	17 %50	12 %35,3	34 %100		
Ağrının şekil değiştirmesi	Evet	2 %3,4	30 %50,8	27 %45,8	59 %100	Pearson $\chi^2=3,333$	0,189
	Hayır	17 %10,3	87 %52,7	61 %37	165 %100		
Ağrının gün içinde sürekli olması	Evet	5 %4,7	39 %36,8	62 %58,5	106 %100	Pearson $\chi^2=31,438$	<0,001*
	Hayır	14 %11,9	78 %66,1	26 %22	118 %100		

Tablo 22 (Devam). Geriatrik Ağrı Ölçeği ile ağrı özelliklerinin ilişkisi

Geriatrik Ağrı Ölçeği		Hafif	Orta	Ağır	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Ağrı bölgesi	Baş /Boyun	2 %8	18 %72	5 %20	25 %100	Pearson $\chi^2=6,879$	0,332
	Omuz +Dirsek /Elbileği	1 %5,9	10 %58,8	6 %35,3	17 %100		
	Göğüs /Karın +Sırt+Bel +Kalça	10 %11,4	42 %47,7	36 %40,9	88 %100		
	Diz+Ayak bileği +Bacak +Hepsi	6 %6,4	47 %50	41 %43,6	94 %100		
Doktora başvuru	Evet	18 %8,4	110 %51,1	87 %40,5	215 %100	Pearson $\chi^2=3,143$	0,208
	Hayır	1 %11,1	7 %77,8	1 %11,1	9 %100		
Ağrının tıbbi tanısı	Evet	18 %9,1	100 %50,8	79 %40,1	197 %100	Pearson $\chi^2=1,780$	0,411
	Hayır	1 %3,7	17 %63	9 %33,3	27 %100		
Ağrı için radyolojik görüntüleme yapılması	Evet	14 %7,8	86 %47,8	80 %44,4	180 %100	Pearson $\chi^2=10,225$	0,006*
	Hayır	5 %11,4	31 %70,4	8 %18,2	44 %100		
Ağrıya tıbbi tedavi başlanması	Evet	10 %6,1	82 %50,3	71 %43,6	163 %100	Pearson $\chi^2=7,094$	0,029*
	Hayır	9 %14,7	35 %57,4	17 %27,9	61 %100		

Tablo 22 (Devam) Geriatrik Ağrı Ölçeği ile ağrı özelliklerinin ilişkisi

Geriatrik Ağrı Ölçeği		Hafif	Orta	Ağır	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Ağrı için başlanan tıbbi tedaviye düzenli devam etme	Evet	8 %5,6	74 %51,4	62 %43	144 %100	Pearson $\chi^2=1,035$	0,596
	Hayır	2 %10,5	8 %42,1	9 %47,4	19 %100		
Ağrı için doktora başvurmadan ilaç kullanma	Evet	7 %9,3	38 %50,7	30 %40	75 %100	Pearson $\chi^2=0,164$	0,921
	Hayır	12 %8,1	79 %53	58 %38,9	149 %100		
“Ağrınız için hiç akupunktur masaj, hacamat, benzeri ilaç dışı bir tedavi aldınız mı ?”	Evet	8 %9	35 %39,3	46 %51,7	89 %100	Pearson $\chi^2=10,534$	0,005*
	Hayır	11 %8,1	82 %60,8	42 %31,1	135 %100		
Ağrıya sebep olan durumdan hastaneye yatışının olması	Evet	8 %11,3	24 %33,8	39 %54,9	71 %100	Pearson $\chi^2=14,185$	0,001*
	Hayır	11 %7,2	93 %60,8	49 %32	153 %100		
Ağrı için cerrahi işlem uygulanması	Evet	2 %5,7	11 %31,4	22 %62,9	35 %100	Pearson $\chi^2=9,678$	0,008*
	Hayır	17 %9	106 %56,1	66 %34,9	189 %100		
“Ağrınız yaşam kalitenizi azaltıp sizi mutsuz ediyor mu?”	Evet	12 %6,3	92 %48,4	86 %45,3	190 %100	Pearson $\chi^2=21,791$	<0,001*
	Hayır	7 %20,6	25 %73,5	2 %5,9	34 %100		

Tablo 22 (Devam) Geriatrik Ağrı Ölçeği ile ağrı özelliklerinin ilişkisi

Geriatrik Ağrı Ölçeği		Hafif	Orta	Ağır	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
“Ağrınız son 6 ay içerisinde çocuk veya torununuzun sizinle vakit geçirmesine engel oldu mu?”	Evet	12 %6,3	92 %48,4	86 %45,3	190 %100	Pearson $\chi^2=21,791$	<0,001*
	Hayır	7 %20,6	25 %73,5	2 %5,9	34 %100		
“Ağrınız uzun süren seyahatlere çıkmanızı engelledi mi?”	Evet	4 %3	56 %42,1	73 %54,9	133 %100	Pearson $\chi^2=38,280$	<0,001*
	Hayır	15 %16,5	61 %67	15 %16,5	91 %100		
“Ağrınızdan dolayı koltuk değneği, baston, yürüteç benzeri yardımcı bir araç kullanıyor musunuz?”	Evet	0 %0	13 %24,1	41 %75,9	54 %100	Pearson $\chi^2=41,151$	<0,001*
	Hayır	19 %11,2	104 %61,2	47 %27,6	170 %100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi. *İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

TARTIŞMA

Edirne il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı hastalar ile yapılan araştırmada 65 yaş üzeri popülasyonda kronik ağrı sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi hedeflendi. Elde edilen sonuçlar ile mevcut çalışmalar karşılaştırılıp, sonuçların olası nedenleri belirtildi ve çözüm önerilerinde bulunuldu.

Kronik ağrı bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal hayatını, uyku, iştah ve günlük yaşam aktivitelerini belirgin olarak etkilemektedir. Ağrı kalıcı hale geldiğinde ise depresyon, anksiyete ve ajitasyon, sosyalizasyonda azalma, iştah azalması, kilo kaybı-malnütrisyon, uyku problemleri, sağlık hizmetlerinin kullanım ve maliyetinde artış, kondisyon bozukluğu ve bazı patofizyolojik problemlere neden olmaktadır (20).

Yaşlılar kronik ağrı yönünden önemli bir risk grubu oluşturmaktadır. 65 yaş üzeri nüfusun %80-85'inde ağrıya neden olabilecek en az bir tane sağlık problemi olduğu ileri sürülmektedir. Yaşlı bireylerdeki yaygın ağrı sendromlarını bilmek ve doğru tanıyı koymak fonksiyonel yeteneklerde azalma, bağımsızlık kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve depresyon ile sonuçlanabilecek durumları önlemeyi sağlayabilmektedir (20).

Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri bireylerin kronik ağrı durumu incelendiğinde katılımcıların kronik ağrı prevalansı %60,9 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde 7 il (Çanakkale, Mersin, Erzurum ve Malatya) ve 1053 yaşlı bireyde yapılan, 2009'da Turkish Journal of Geriatrics dergisinde yayınlanan Tanrıverdi ve ark.'larının (39) çalışmasında kronik ağrı prevalansı %64,7 olarak bizim çalışmamızdaki ile benzer rapor edilmiştir. Kore'de 2009 yılında Baek ve ark.'larının Seul Uluslararası Tıp Fakültesi'ne bağlı olarak yaşlı popülasyonda kas-iskelet sistemi ağrısı üzerine yaptığı çalışmada çalışmamızla benzer şekilde kronik ağrı sıklığı %60,3 olarak bulunmuştur (109).

Çalışmamızda kronik ağrısı olan yaşlı bireylerin yaş dağılımı 65-95 arasındadır ve yaş ortalamasının $72,36 \pm 6,70$ olduğu belirlenmiştir. Kronik ağrı sıklığı çalışmamızda yaşla beraber artmaktadır. European Journal of Pain’de yayınlanan 65 yaş ve üstünde ağrı üzerine Miro ve ark.’larının (9) yaptığı çalışmada 65-74 yaş arasında kronik ağrının %70,8, 75-84 yaş arasında %71,9 ve 85 yaş üzeri ise %72,1 şeklinde düşük değerlerde artarak devam ettiği çalışmamız ile benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Brezilya’da 2018 yılında kronik ağrıyla ilgili yapılan Carvalho ve ark.’larının (110) yaptığı çalışmada 55 yaşından itibaren kronik ağrının yaşla birlikte arttığı istatistiksel olarak çalışmamızla benzer şekilde anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda ağrı sıklığı kadınlarda anlamlı olarak daha sık saptanmıştır. Taiwan’da 2005 yılında Yang-Ming Üniversitesine bağlı olarak yaşlılarda kronik ağrı ile ilgili yaşlı popülasyonda yapılan çalışmada kadınlarda %60,9 oranında erkeklerde ise %39,1 oranında ağrı tespit edilmiş olup, çalışmamızla benzer şekilde ağrının kadınlarda erkeklerden anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptanmıştır (111). Amerika’nın Florida kentinde 2014’te, Brezilya’da 2010’da yaşlı popülasyonda yapılan çalışmalarda çalışmamızla benzer şekilde ağrının kadınlarda erkeklerden anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptanmıştır (112,113). Tanrıverdi ve ark.’larının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak yaşlı popülasyonda kadınlarda erkeklerden daha sık kronik ağrı bulunmuştur (39).

Çalışmamızda kronik ağrısı olma durumu ile vücut kitle indeksi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Doğan ve ark.’larının (114) osteoartritli 50 yaş üzeri bireylerde yaptığı çalışmada, benzer şekilde katılımcıların ağrısı ile vücut kitle indeksi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların kronik ağrısının olması ile çocuk sahibi olması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Tanrıverdi ve ark.’larının (39) yaptığı çalışmada çalışmamızdan farklı olarak yaşlılarda ağrı ile çocuk sahibi olma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda kronik ağrısı olma durumu ile medeni durum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Doğan ve ark.’larının (114) çalışmasında ve Ayvat ve ark.’larının (115) bel ağrısı üzerine olan çalışmasında benzer şekilde medeni durum ile ağrı varlığı arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda kronik ağrısı olma durumu ile eğitim arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tanrıverdi ve ark.’larının (39) 2008’de, Baek ve ark.’larının (109) 2009’da yaptığı çalışmalarda çalışmamızdan farklı olarak eğitim düzeyinde artış ile ağrıyı deneyimleme durumunda azalma saptanmıştır. Taiwan’da 2005 yılında Yang-Ming Üniversitesine bağlı olarak yaşlılarda kronik ağrı ile ilgili yapılan çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak ilkökul

eğitimi almış olan bireyler, yıllarca süren örgün eğitimi tamamlayanlardan önemli lde daha yüksek bir ağrı insidansı saptanmıştır (111). İstanbul’da 2007 yılında bir huzurevinde yaşlılarda ağrı ve depresyonun ilişkisinin araştırıldığı Yıldız ve ark.’larının (116) yaptığı çalışmada çalışmamızla benzer şekilde yaşlılarda ağrı ile eğitim arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Birbirinden farklı sonuçlar çalışma yapılan bölgenin sosyokültürel yapısından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların kronik ağrısı olma durumu ile meslek arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Taiwan’da 2005 yılında Yang-Ming niversitesine bağlı olarak yaşlılarda kronik ağrı ile ilgili yapılan çalışmada çalışmamızla benzer şekilde kronik ağrısı olma durumu ile meslek arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (111).

Çalışmamızda katılımcıların kronik ağrısı olma durumu ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sigara kullananların ağrısının kullanmayanlara oranla daha az olduğu saptanmıştır. Flood ve ark.’larının (117) alışmasında benzer şekilde postoperatif nazal nikotin tedavisi almanın ağrısı anlamlı derecede azalttığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kronik ağrısı olma durumu ile alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ayvat ve ark.’larının (115) alışmasında benzer olarak alkol kullanımı ile bel ağrısı arasındaki ilişki anlamsız olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların gelir düzeyi ile kronik ağrısının olma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Geliri düşük olanların ağrısının geliri yüksek olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Ağrısı olmayanların ortalama geliri 3040,63±1427,575 TL, ağrısı olanların ortalama geliri 2748,93±1449,573 TL olarak saptanmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde Tanrıverdi ve ark.’larının (39) yaptığı çalışmada katılımcılardan ekonomik durumunu ‘‘ok kötü’’ olarak tanımlayanların, ağrısı deneyimleme oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcılardan kronik hastalığı olanların kronik ağrısı, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak artmış saptanmıştır. Katılımcılardan kronik ağrısı bulunanların %63,4’ünün kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde Tanrıverdi ve ark.’larının (39) yaptığı çalışmada ağrısı olan yaşlılarda kronik hastalık varlığı anlamlı olarak bulunmuştur. Yine Pereira ve ark.’ları (113) tarafından yapılan çalışmada çalışmamızla benzer şekilde yaşlı popülasyonda kronik ağrı ile kronik hastalık arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ve kronik ağrısı olanların, %88,47’sinin kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. l’n (118) alışmasında da benzer şekilde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre, ağrı durumunun daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların “yalnız veya biriyle birlikte yaşama “durumu ile kronik ağrının varlığı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Eşi ile yaşayanların, çocukları ile yaşayanların, eşi ve ebeveyni veya ebeveyni ile yaşayanların diğerlerine göre daha az ağrı yaşadığı saptanmıştır. Edirne’de 2007 yılında Ölüç’ün (118) çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde eşi ile veya çocukları ile birlikte yaşayanların diğer katılımcılara göre ağrı durumunun daha az olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Miro ve ark.’larının (9) yaptığı çalışmada çalışmamızdan farklı olarak yalnız veya biriyle birlikte yaşamının yaşlılarda ağrı varlığı ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tanrıverdi ve ark.’larının (39) yaptığı çalışmada da çalışmamızdan farklı olarak aile tipinin çekirdek veya geniş aile olması ile ağrı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kronik ağrı ve günlük hayatta desteğe gereksinim duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Günlük hayatta desteğe gereksinim duyanların ağrısının duymayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan kronik ağrısı olan yaşlıların %76,2’si günlük hayatta desteğe gereksinim duymakta olduğunu belirtmiştir. Miro ve ark.’larının (9) çalışmasında katılımcıların %76,7’sinin benzer olarak kronik ağrısı ve günlük bakımı için desteğe gereksinim duyduğu saptanmıştır.

Katılımcıların en sık ağrı bölgesi incelendiğinde %27,7 oranında diz, %15,6 oranında bel saptanmıştır. Antalya ilinde yapılan Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisinde 2015’te yayınlanan makalede çalışmamız ile benzer şekilde 65 yaş üzerinde en sık kronik ağrı bölgesi %47,1 oranında alt ekstremitte ve %46,1 oranında bel olarak saptanmıştır (119). Brezilya’da 2014 yılında Pereira ve ark’ları (113) tarafından yaşlılarda yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzer olarak kronik ağrı en sık %34,5 oranında alt ekstremitede, ikinci sıklıkta %29,5 oranında belde ve %16,2 oranında baş-boyun-omuzda bulunmuştur. Özel ve ark.’larının (104) çalışmasında ağrı yerinin %64,6’sı diz, %58,5’si baş ve %7,3’si bel olarak bulunmuştur. Amerika’da 2010’da yayınlanan derlemede çalışmamızdan farklı olarak %63,3 bel, ikinci sıklıkta %40 diz ağrısı saptanmıştır (102). Tanrıverdi ve ark.’larının (39) yaptığı çalışmada yaşlıların ilk ağrı yeri %27,8 oranında baş, %24,6 oranında sırt-bel %18,5 bacak-diz olarak çalışmamızdan farklı saptanmıştır. Çalışmalardaki farklı sonuçlar Edirne ilindeki iklim koşullarına bağlanabilir. Bölgedeki tarım ve tekstil işçiliği dolayısıyla ağrı yeri olarak diz daha ön sıraya yerleşmiş olabilir. Baş ağrısının daha sıklıkla saptandığı çalışmalar ise genellikle çalışmamızdan farklı olarak kronik ağrıyı değil genel olarak ağrıyı sorgulayan çalışmalardır. Baş ağrısı sıklığı hem yaşla azalmakta hem de genellikle akut olarak gerçekleşmektedir (4).

Çalışmamızda yaşla beraber ağrı bölgesi arasındaki ilişki incelendiğinde yaşla birlikte tüm vücutta yaygın ağrı, kalça ağrısı ve bacak ağrısı artmaktadır. Baek ve ark.’larının (109)

yaptığı çalışmada 80 yaş ve üzerinde alt ekstremitenin daha sık rastlanan bir ağrı bölgesi olduğu saptanmıştır. Karttunen ve ark.'larının (120) yaptığı çalışmada 75 yaş ve sonrasında alt ekstremitte ağrısının arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda ağrı bölgesi ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Taiwan'da 2005 yılında yapılan (111) çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde anlamsız saptanmıştır.

Çalışmamızda kronik ağrısı olan yaşlı bireylerin ağrıyı tarif etme şekilleri sorgulandığında en sık %25,4 oran ile (n=57) yanma ve %18,3 oran ile (n=41) sancı olarak saptanmıştır. İzmir'de 2012'de iki huzurevinde Özel ve ark.'larının (104) yaşlılarda ağrı üzerine yaptığı çalışmada çalışmamızdan farklı olarak katılımcıların %75,6'sı hassasiyet, %59,8'i sızlama, %52,4'ü zonklama, %50'si yorucu, %11'i kasılma şeklinde ağrılarını tanımlamışlardır. Taiwan'da 2005 yılında Yang-Ming Üniversitesine bağlı olarak yaşlılarda kronik ağrı ile ilgili yapılan çalışmada çalışmamızdan farklı olarak %67,2 oran ile sancı ve %12,7 oran ile kramp en sık tarif edilen ağrı şekli olarak saptanmıştır (111). Ağrının tarif edilme şeklindeki bu farklılık romatizmal hastalıklar ve kas-iskelet sistemindeki yaşlanmaya bağlı sonuçların popülasyonlarda ağrı şeklinin oranını değiştirmesine bağlanabilir.

"Ağrınız gün içinde sürekli devam ediyor mu?" sorusuna katılımcıların %47,3'ü evet yanıtını vermiştir. Finlandiya'da Mäntyselkä ve ark.'ları (121) tarafından yapılan bir çalışmada haftada bir kere ağrısı olup orta derecede ağrı çekenlerin çalışmamızla benzer olarak %46 oranında ağrısının gün içinde devamlı olduğu saptanmıştır. Yıldız ve ark.'larının (116) yaptığı çalışmada katılımcıların %30,9'u ağrının bütün gün sürdüğünü ve %49,1'i ağrıyı günde birkaç kere deneyimlediklerini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda katılımcılar evde yaşayan yaşlı bireyler iken Yıldız ve ark.'larının (116) çalışmasında dört vardiyalı hemşirenin çalıştığı huzurevinde kalan yaşlı bireylerdir. Çalışmamızdaki farklılığın nedeni sağlık hizmetine daha uzak olunması ve gün içinde ağrısının kontrol altına alınamıyor olması olabilir.

"Ağrınız gece veya gündüz şiddetleniyor mu?" sorusuna katılımcılar %47,3 oranında "gece" şeklinde cevap vermiştir. Yıldız ve ark.'larının (116) çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde %32,7 oranında öğleden sonra şiddetlenmeye başladığı saptanmıştır.

"Ağrınız için daha önce hiç doktora başvurduunuz mu?" sorusuna katılımcıların %96'sı evet yanıtını vermiştir. Güngörmüş ve Kıyak'ın 2012'de Erzurum'da bir Aile Sağlığı Merkezinde yaptığı çalışmada ağrısı olanların %80,56 oranında doktora başvuru yaptığı saptanmıştır (122). Coğrafi olanaklar nedeniyle çalışmamızda doktora başvuru daha sık saptanmış olabilir.

Kronik ağrısı bulunan ve doktora ağrısı için başvuran katılımcıların başvurdukları branş sorgulandığında, %21,3'ünün ortopediye, %19,8'inin aile hekimine başvurduğu saptanmıştır. Kronik ağrının birinci basamakta kontrolü ile ilgili bir çalışma da birinci basamak sağlık hizmetlerinde başvuru nedenleri arasında kronik ağrı üçüncü sırada olup tüm başvuruların yaklaşık %10 – 20 kadarını oluşturduğu saptanmıştır (123).

Çalışmamızda ağrı için doktora başvuru yapma durumu ile eğitim arasında ve biriyle birlikte veya yalnız yaşama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Cornally ve ark.'larının (12) yaptığı çalışmada da benzer olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların ağrısı için konulan tıbbi tanısı sorgulandığında %29,4'ünün osteoartrit, %14,2'sinin spinal stenoz, %8,1'nin romatoid artrit ve %14,7'sinin diğer hastalıklar şeklinde olduğu saptanmıştır. Henderson ve ark.'larının (124) çalışmasında benzer şekilde katılımcıların %48,1'inin osteoartriti, %29,4'ünün kronik bel ve sırt ağrısı, %28,2'sinin gruplandırılmamış diğer bir hastalığı olduğu saptanmıştır. Avusturalya'da kronik ağrıyla ilgili yaşlılarda yapılan çalışmada çalışmamızla benzer şekilde ağrının %69 oranında artritlerle ilişkili olduğu saptanmıştır (101). Öztürk ve Karan'ın (4) 2008'de yaşlılarda yaptığı çalışmada osteoartrit ve spinal stenoz, Karttunen ve ark.'larının (120) yaptığı çalışmada osteoartrit ve romatoid artrit en sık ağrı nedenleri olarak çalışmamızla benzer şekilde saptanmıştır.

“Ağrınız için sürekli bir tıbbi tedavi başlandı mı?” sorusuna katılımcıların %72,8'i evet %27,2'si hayır, yanıtını vermiştir. Evet yanıtı veren katılımcıların %38,7'sinin “ağrı kesici hap”, %22,1'inin “ağrı kesici jel”, %6,7'sinin “ağrı için intramüsküler enjeksiyon” kullandığı saptanmıştır. Frießem ve ark.'larının (125) yaptığı çalışmada çalışmamız ile benzer şekilde katılımcıların %69,8'inin ağrısı için tıbbi bir tedavi aldığı saptanmıştır. Yıldız ve ark.'larının (116) çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların %64,5'inin ağrı kesici ilaç kullandığı saptanmıştır. Fox ve ark.'larının (126) yaptığı çalışmada yaşlı kişilerde ağrı dindirici yöntemlerden sadece analjezik kullanım prevalansının çalışmamızla benzer şekilde %27-44 aralığında olduğu saptanmıştır.

“Ağrınız için uygulanan tedavilere düzenli devam ettiniz mi?” sorusuna kronik ağrısı olan katılımcıların %88,3'ü evet cevabı vermiştir. Güngörmüş ve Kıyak'ın 2012'de yaptığı çalışmada (122) ağrısı olan yetişkin popülasyonun %80,56'sinin doktorun önerdiği ilacı kullandığı saptanmıştır.

“Ağrınız için hiç doktora başvurmadan ilaç kullandınız mı?” sorusuna kronik ağrısı olan katılımcıların %33,5'i evet yanıtını vermiştir. Ünver'in (127) 2015'de osteoporozlu yaşlı

kadınlarda yaptığı çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların %29,5'i reçete edilen ilacın dışında bir ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir.

Doktora başvurmadan kullanılan ilacın çeşidi sorgulandığında çalışmamızda katılımcıların %69,3'ünün "ağrı kesici hap" kullandığı, çalışmamızla benzer olarak Ünver'in (127) çalışmasında da katılımcıların %88,9'unun analjezik kullandığı saptanmıştır.

Çalışmamızda kronik ağrısı olan katılımcılara ilaç dışı tedavinin uygulanması sorgulandığında %39,7 oranında evet ve %60,3 oranında hayır yanıtı alınmıştır. Henderson ve ark.'larının (124) 2013'de Amerika'da Pain Medicine dergisinde yayınlanan çalışmalarında katılımcıların %37,6'sının kronik ağrısı için nonfarmakolojik yöntemler kullandığı saptanmıştır. Güngörmüş ve Kıyak'ın 2012'de yaptığı çalışmada ağrısı olan yetişkin popülasyonun çalışmamızla benzer şekilde %42,4 oranında ilaç dışı bir tedavi kullandığı saptanmıştır (122).

Çalışmamızda kronik ağrısı olan katılımcılara ilaç dışı tedavi uygulanması ile katılımcıların ağrı olan bölgesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Katılımcılardan ilaç dışı tedavi uygulaması yapılanların %64,7'sinin omuz, dirsek, el bileğinin, %57,1'inin vücudunun her yerinin ve %51,4'ünün belinin ağrı bölgesi olduğu saptanmıştır. Çetin ve Özdemir'in (132) çalışmasında da benzer olarak katılımcıların omuz, bel ve boyun ağrısı daha sık saptanmıştır.

Çalışmamızda kronik ağrısı olan katılımcılara ilaç dışı tedavi uygulanması ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aktif çalışma ve gelir durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Güngörmüş ve Kıyak'ın 2012'de yaptığı çalışmada da bu durumlar ile çalışmamız ile benzer şekilde anlamlı ilişki saptanmamıştır (122).

"Ağrınıza sebep olan durumdan hastaneye yatışınız oldu mu?" sorusuna katılımcıların %31,7'si evet yanıtını vermiştir. Benzer şekilde Ünver'in (127) çalışmasında katılımcıların %21,9'u ağrısı için hastaneye yattığını belirtmiştir.

"Ağrınız için hiç cerrahi bir işlem uygulandı mı?" sorusuna katılımcıların %15,6'sı evet yanıtını vermiştir. Frießem ve ark.'larının (125) çalışmasında katılımcıların %21,2'sinin ağrısı için cerrahi bir işlem uygulandığı tespit edilmiştir.

"Ağrınız yaşam kalitenizi azaltıp sizi mutsuz ediyor mu?" sorusuna kronik ağrısı olan katılımcıların %15,2'si hayır, %84,8'i evet yanıtını vermiştir. Cornally ve ark.'larının (12) yaptığı çalışmada ağrısı olan yaşlıların %72'sinde depresyon saptanmıştır. Bilgici ve ark.'larının (128) çalışmasında 60 yaş üzerinde depresyon ile günlük yaşam aktivitelerinin azalması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yıldız ve ark.'larının (116)

çalışmasında ağrı ve ağrının süresi ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Tüm bu çalışmalar çalışmamızı destekler niteliktedir.

“Ağrınız son altı ay içerisinde çocuğunuzun/torununuzun sizinle vakit geçirmesine engel oldu mu?” sorusuna katılımcıların %38,8’i (n=87) hayır, %61,2’si (n=137) evet yanıtını vermiştir. 2015 yılında İsveç’te 65 yaş üzerinde yapılan bir çalışmada düşük hayat kalitesi ile kronik ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (129).

“Ağrınız uzun süren seyahatlere çıkmanızı engelledi mi?” sorusuna evet yanıtı istatistiksel açıdan anlamlı olarak kadınlarda artmış saptanmıştır. Benzer şekilde Miro ve ark.’larının (9) çalışmasında günlük yaşam aktivitelerinin ağrıya bağlı olarak etkilenmesi kadınlarda daha fazla saptanmıştır.

“Ağrınızdan dolayı koltuk değneği, baston, yürüteç benzeri yardımcı bir araç kullanıyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %24,1’i (n= 54) kişi evet, %75,9’u (n=170) hayır yanıtını vermiştir. Ankara sağlık hizmeti dergisinde 2017 yılında yayınlanan çalışmada %12,5’unun yardımcı cihaz kullandığı tespit edilmiştir (130). Çalışmamız Edirne il merkezinde yapıldığından daha sık kırsal alanda yaşayan düşkün hastayla karşılaşmış olması yardımcı araç kullanma oranının yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Katılımcıların yaşı arttıkça “Ağrınızdan dolayı koltuk değneği, baston, yürüteç benzeri yardımcı bir araç kullanıyor musunuz?” sorusuna evet yanıtı anlamlı olarak artmış saptanmıştır. Ölüç’ün (118) çalışmasında 65-74 yaş grubundaki bireylerin fiziksel kısıtlılığının, 75 yaş ve üzerinelere göre anlamlı olarak daha az olduğu saptanmıştır.

“Ağrı bulunan bölgeye uyan vücut kısmı daha önce araba kazası, düşme, çarpma sonucu kırık, çıkık, yumuşak dokuda ezilme, açık yara benzeri bir travmaya maruz kaldı mı?” sorusuna katılımcıların %25,4’ü evet yanıtını vermiştir. Hatipoğlu’nun (131) 2009’da yaptığı çalışmada bel ağrısı olanların %6,7 oranında travmaya maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların 65 yaş ve üzeri olması nedeniyle düşme oranının yüksek olması ve çalışmamızın her vücut bölgesini içermesi oranın daha yüksek olmasına sebep olmuş olabilir.

Katılımcılardan kronik ağrısı olan (n=224) bireylerin GAÖ ortalamaları $61,81 \pm 20,54$ saptanmışken minimum 19,04, maksimum 99,96 puan aldıkları saptanmıştır. Katılımcıların %8,5’i hafif ağrı, %52,2’i orta ağrı ve %39,3’ünün şiddetli ağrı yaşadığı tespit edilmiştir. Ünver’in (127) 2015’deki çalışmasında benzer şekilde GAÖ’den alınan en düşük puanın 16,6, en yüksek puanın 92,8 olduğu, ortalamasının $57,6 \pm 17,5$ olduğu ve %6,7’sinin hafif ağrı, %67,3’ünün orta ağrı ve %26’sının şiddetli ağrı yaşadığı tespit edilmiştir. Henderson ve ark.’larının (124) çalışmasında 4 dereceli değerlendirmeden katılımcıların %65,4’ünün iki ve üçüncü derece ağrı yaşadıkları benzer olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda yaş arttıkça hissedilen ağrı şiddetinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Miro ve ark.'larının (9) çalışmasında da benzer şekilde daha yoğun ağrı anlamlı olarak yaşla birlikte artmış sıklıkta saptanmıştır.

Çalışmamızda kadınların %49,2'sinin ve erkeklerin %26,5'inin ağır şiddetli ağrı yaşadığı anlamlı olarak saptanmıştır. Miro ve ark.'larının (9), Baek ve ark.'larının (113), Çetin ve Özdemir'in (132) çalışmasında benzer şekilde kadınların ağrısı erkeklerden daha şiddetli saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumu ile ağrı şiddeti arasında anlamlı fark saptanmamış olup, Ünver'in (127) çalışmasında da çalışmamızla benzer olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Biriyle birlikte yaşama durumu ile geriatrik ağrı ölçeğindeki puanlamaya göre hesaplanan ağrı şiddeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ünver'in (127) çalışmasında da çalışmamızla benzer olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların günlük hayatta desteğe gereksinim duymaları ve günlük bakımlarına yardımcı olunması ile ağrı şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Günlük hayatta desteğe gereksinim duyan ve bakımına yardımcı olunan katılımcıların ağrısının daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Ünver'in (127) çalışmasında katılımcıların ağrı şiddeti ile genel sağlık durumu arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, ağrısı şiddetli olanların sağlık durumu daha kötüdür.

Katılımcıların ağrı bölgesi ile ağrı şiddeti arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Pereira ve ark.'larının (113) çalışmasında da çalışmamızla benzer şekilde ağrı bölgesi ve şiddeti arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda ağrı şiddeti ile doktora başvuru yapma arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Cornally ve ark.'larının (12) çalışmasında benzer şekilde doktora başvuru yapma ile ağrı şiddeti arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda ağrı için doktora başvurmadan ilaç kullanma durumu ile ağrı şiddeti arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Ünver'in (127) çalışmasında da katılımcıların doktora başvurmadan ilaç kullanmaları ile ağrı şiddetleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Katılımcıların “Ağrınız son altı ay içerisinde çocuğunuzun/torununuzun sizinle vakit geçirmesine engel oldu mu?” ve “Ağrınız uzun süren seyahatlere çıkmanızı engelledi mi?” soruları ile GAÖ'den aldığı puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Her iki sorunun da günlük yaşam aktivitelerini yansıttığı bilinerek, “ağır şiddet” ağrı yoğunluğu tanımlanan katılımcıların diğerlerine göre daha fazla günlük yaşam aktivitesi

engeli ile karşılaştığı saptanmıştır. Taiwan’da 2005 yılında yapılan çalışmada (111) kronik ağrı şiddetinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmış ve ağrı şiddeti arttıkça aktivitelerin zorlaştığı tespit edilmiştir.



SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılan bu çalışmada, Edirne İl Merkezinde bulunan 23 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri kadın ve erkek nüfusunda kronik ağrı sıklığı ve buna etki eden sosyodemografik ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili faktörlerin ilişkisinin belirlenmesi hedeflendi. Çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1. Katılımcıların %60,9'unun kronik ağrısının olduğu, %39,1'inin kronik ağrısının olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların yaşı arttıkça kronik ağrı varlığında artış görülmüştür. Yaşlı popülasyonda belirlenen kronik ağrı sıklığının Türkiye'de yapılan çalışmalara benzer olduğu görülmüştür.
2. Katılımcılardan kadın olanların, çocuk sahibi olanların, sigara içmeyenlerin, kronik hastalığı olanların, ilaç kullananların, günlük hayatta desteğe gereksinim duyanların kronik ağrısının varlığı artmış olarak saptanmıştır. Kadınların %67,4'ünün, çocuk sahibi olanların %63,3'ünün, hiç sigara içmemiş olanların %66,5'inin, kronik hastalığı olanların %63,4'ünün, ilaç kullananların %63,4'ünün, günlük hayatta desteğe gereksinim duyanların %76,2'sinin kronik ağrısının olduğu saptanmıştır.
3. Katılımcıların yaşı, kullandığı ilaç sayısı arttıkça ve gelir düzeyi azaldıkça kronik ağrısının varlığı artmış olarak saptanmıştır. Ağrısı olanların yaşı $72,87 \pm 6,863$, kullandığı ilaç sayısı $2,65 \pm 1,631$, geliri $2748,9 \pm 1449,5$ olarak bulunmuştur.
4. Çalışmamızda birçok çalışmadan farklı olarak katılımcıların eğitim durumu ile kronik ağrı olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Birbirinden farklı sonuçların çalışma yapılan bölgenin sosyokültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5. Katılımcıların vücut kitle indeksi, emekli olmadan önceki çalışma süresi, emekli olduktan sonra geçirdikleri süre, hala çalışmakta olan katılımcıların çalışma süresi, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, aktif olarak çalışması, sosyal güvencesinin varlığı, alkol kullanımı ile kronik ağrı olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.
6. “Ağrınız için daha önce hiç doktora başvurduunuz mu?” sorusuna katılımcıların %96’sı evet yanıtını verirken, evet yanıtını verenlerin %21,3’ünün ortopediye, %19,8’inin aile hekimine, %13’nün dahiliyeye başvurduğu saptanmıştır. bulduğumuz bu sonuç diğer çalışmalarla benzer olup ağrı için başvuruda birinci basamağın önemini vurgulamaktadır.
7. “Ağrı sebebiniz belirlenip tıbbi bir tanı konuldu mu?” sorusuna katılımcıların %87,9’unun evet yanıtını verdiği saptanmış olup, %29,4’üne osteoartrit, %14,2’sine spinal stenoz, %8,1’ine romatoid artrit, %6,6’sına fibromyalji ve miyofasiyal ağrı sendromları tanılarının konulduğu belirlenmiştir. Artritler, özellikle osteoartrit, diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda yaşlılarda kronik ağrı nedeni olarak ilk sırada yer almıştır.
8. Kronik ağrısı olan yaşlı popülasyonun %8,5’inin hafif şiddetli ağrı, %52,2’sinin orta şiddetli ağrı, %39,9’unun ağır şiddetli ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların yaşı ve vücut kitle indeksi arttıkça, geliri azaldıkça, GAÖ’ye göre ağrının şiddeti istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış saptanmıştır. GAÖ puanlamaları dahilinde ağrı şiddeti ile cinsiyet, çocuk sahibi olma, eğitim, meslek, alkol kullanımı, sigara kullanımı, bakımında desteğe gereksinim duyması, ağrı için radyolojik görüntüleme yapılması, ağrı için tıbbi tedavi başlanması, ağrı için ilaç dışı tedavi başlanması, ağrı nedeniyle hastaneye yatması, ağrı için cerrahi işlem uygulanması, ağrının hayat kalitesini azaltması, koltuk değneği, baston, yürüteç benzeri yardımcı bir araç kullanılması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Yaşlılar arasında ağrının yaşlanmanın doğal bir süreci olarak görülme inancı, hastaneye yatış yapmaktan çekinme gibi durumlar ağrılarını sık olarak bildirmemelerine yol açabilmektedir. Ayrıca yaşlı bireyde diğer hastalık ve semptomlar değerlendirmeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bilişsel, görsel ve işitsel eksiklikler hastanın ağrısını ifade etmesini engelleyerek öykü alınmasını ve

fizik muayene yapılmasını zorlaştırmaktadır. Böyle durumlarda aile ve yakınlarından da öykü alınabilir.

Kronik ağrının herhangi bir müdahale yapılmadan geçmeyeceği kabul edilir ve bu nedenle kapsamlı bir değerlendirme ile yaşlı hastalarda kronik ağrının yönetilmesi gerekmektedir. Etkin bir şekilde tedavi edilemeyen bu durum kişinin yaşam kalitesinde önemli bir düşüşe neden olmaktadır. Kapsamlı bir değerlendirme ile yaşlı hastalarda kronik ağrının yönetilmesi gerekmektedir. Kronik ağrı birinci basamağa tüm başvuruların yaklaşık %10 – 20 kadarını oluşturur. Aile hekimi ile hastası arasında tekrarlayan başvurular sonucunda kurulan karşılıklı güven, bütüncül bakış açısı ile kronik ağrı yönetiminde merkezi bir role sahiptir.



ÖZET

Çalışmamızda Edirne il merkezindeki 23 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin kronik ağrı sıklığı ve etki eden sosyodemografik faktörler, günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın örneklemini Edirne il merkezindeki 23 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri 368 birey oluşturmaktadır. Veriler 62 sorudan oluşan anket yardımıyla toplanmıştır. Anketin içinde 24 sorudan oluşan Geriatrik Ağrı Ölçeği uygulanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması $72,36 \pm 6,70$ (min:65, max:95) yıl olup, yaş dağılımları 65-95 aralığındadır. Katılımcıların %50,8'nin (n=187) kadın, %49,2'sinin (n=181) erkek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda “3 aydan uzun süren ağrınız var mı?” sorusuna katılımcıların %60,9'unun (n=224) evet, %39,1'inin (n=144) hayır şeklinde cevap verildiği saptanmıştır.

Katılımcılardan kadın olanların, çocuk sahibi olanların, sigara içmeyenlerin, kronik hastalığı olanların, ilaç kullananların, günlük hayatta desteğe gereksinim duyanların kronik ağrısının varlığı artmış olarak saptanmıştır. Katılımcıların yaşı, kullandığı ilaç sayısı arttıkça ve gelir düzeyi azaldıkça kronik ağrısının varlığı artmış olarak saptanmıştır.

Yaşlı popülasyonun %87,9'unun kronik ağrısı için tanı konulduğu ve %29,4'üne osteoartrit, %14,2'sine spinal stenoz, %8,1'ine romatoid artrit, %6,6'sına fibromyalji ve miyofasiyal ağrı sendromları tanıların konulduğu belirlenmiştir.

Kronik ağrısı olan yaşlı popülasyonun %8,5'inin hafif şiddetli ağrı, %52,2'sinin orta şiddetli ağrı, %39,9'unun ağır şiddetli ağrı yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; Edirne il merkezindeki yaşlı popülasyonda görülen kronik ağrı sıklığının diğer çalışmalarla benzer sonuçta olduğu, kronik ağrının günlük hayatta birçok aktiviteyi engelleyebildiği, ayrıca yaşlı popülasyonda görülen kronik ağrının şiddetinin de birçok sosyodemografik faktörden etkilendiği belirlenmiştir. Katılımcıların ilaç ve ilaç harici tedavileri ağrılarını gidermek için kullandıkları ve bu durumu da etkileyen sosyodemografik faktörlerin olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin sağlık risklerini, ruhsal durumunu, ağrılarını artıran durumları belirlemek ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmelerini sağlamak ve bunlar için kapsamlı geriatrik değerlendirmeleri düzenli olarak yapmak, hekimlerin bu konuda üzerlerine düşen görevleridir.

Anahtar kelimeler: yaşlı popülasyon, ağrı, kronik ağrı, ağrı şiddeti.



THE PREVALENCE OF CHRONIC PAIN IN THE POPULATION AGED 65 YEARS AND OLDER LIVING IN EDIRNE CITY CENTER

SUMMARY

The aim of this study was to investigate the relationship among the frequency of chronic pain and the sociodemographic factors and daily living activities of individuals aged 65 years or over who were enrolled in 23 Family Health Centers in Edirne city center.

The sample of the study consisted of 368 individuals aged 65 years and over registered in 23 Family Health Centers in Edirne city center. The data were collected with a questionnaire consisting of 62 questions. The Geriatric Pain Scale consisting of 24 questions was applied to the questionnaire.

The mean age of the participants was 72.36 ± 6.70 (min: 65, max: 95), and their age range was 65-95. When the gender status of the participants was evaluated, it was determined that 50.8% (n = 187) were female and 49.2% (n = 181) were male.

In our study, to the question of "Do you experience pain for more than 3 months?" 60.9% (n = 224) of the participants answered 'yes' and %39,1 (n=144) of the participants answered 'no'.

The presence of chronic pain in women, in those who have children, non-smokers, those with chronic diseases, those who use drugs and those who need support in daily life has been found to be increased. The age of the participants increased as the number of medicines used and the level of income decreased, and the presence of chronic pain increased. 87.9% of the elderly population were diagnosed as having chronic pain and 29.4% as osteoarthritis,

14.2% as spinal stenosis, 8.1% as rheumatoid arthritis, 6.6% as fibromyalgia and myofascial pain syndromes.

It was determined that 8.5% of the elderly population with chronic pain experienced mild pain, 52.2% had moderate pain and 39.9% had severe pain.

When the findings of our study were evaluated, it was determined that the frequency of chronic pain in the elderly population in Edirne city center is similar to other studies, and that chronic pain can prevent many activities in daily life, and the severity of chronic pain in elderly population is affected by many sociodemographic factors. It was determined that the participants used medication and non-medication treatments to resolve their pain and sociodemographic factors are affecting this situation. To determine the health risks, mental status and the conditions that increase the pain of elderly people and to enable them to perform their daily life activities and to make comprehensive geriatric assessments for these are the duties of the physicians.

Keywords: elder population, pain, chronic pain, severity of pain



KAYNAKLAR

1. Tavsanlı, N. G., Özcelik, H., & Karadakovan, A. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi, *Ağrı Dergisi*, 2013;25(3):93-101.
2. Aydın, O. N. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Aydın Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002;3(2):37-48.
3. Williams, A. C. D. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 2016;157(11):2420-2423.
4. Öztürk, G. B., & Karan, M. A. Yaşlıda ağrıya yaklaşım. *Akad Geriatri*, 1, 2009-01.
5. Tarsuslu Şimşek, T., Tütün Yumin, E., Öztürk, A., Sertel, M., Murat Yumin, M. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2011; 57: 216-20.
6. Cebe, E., Özişler, Z., Delialioğlu -Ünsal S., Özal, S., Ergün, N. Geriatrik hastalarda kas-iskelet sistemi ağrıları, depresyon ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2012 Kongresi Özel Sayı, 2012;(15):75.
7. Altunok, H., Atalay, B. I., Önsüz, M. F., & Işıklı, B. Yaşlılık döneminde önerilen tarama testleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016;15(6).
8. Çilingir, D., & Bulut, E. Yaşlı bireylerde ağrıya yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;(2).
9. Miró, J., Paredes, S., Rull, M., Qeral, R., Miralles, R., Nieto, R., ... & Baos, J. Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *European Journal of Pain*, 2007;11(1):83-83.
10. Landi, F., Onder, G., Cesari, M., Gambassi, G., Steel, K., Russo, A. & Bernabei, R. Pain management in frail, community-living elderly patients. *Archives of Internal Medicine*, 2001; 161(22):2721-2724.

11. Babadağ, B., & Balcı Alparslan, G. Yaşlandım, ağrım var! Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2016;13(2):67-71.
12. Cornally, N., & McCarthy, G. Chronic pain: the help-seeking behavior, attitudes, and beliefs of older adults living in the community. Pain Management Nursing, 2011;12(4):206-217.
13. Tekin, Ç. S., & Kara, F. Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD), 2016;3(1):219-229.
14. Aslan, M., & hocaoğlu, Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2017;1(1):53-62.
15. Başbüyük, H. H. Biyogerontolojide güncel gelişmeler: yeni araştırma perspektifleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2017;10(1):51-59.
16. Amuk, T., & Oguzhanoglu, N. K. Yaslanma ve depresyon. Psikiyatri Dergisi, 2003;4(2):113.
17. Yerli, G. Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. Journal of International Social Research, 2017;10(52).
18. Erol, P. Ö. Türkiye’de yaşlanma sosyolojisi alanında yapılan çalışmalara dair kısa bir değerlendirme. Sosyoloji Dergisi, 2016;(1ozel):157-166.
19. Özdemir, Ö., & Bilgili, N. (2014). Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. Gülhane Tıp Dergisi, 56(2):128-131.
20. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler. Halk Sağlığı’nda. Ankara: Palme Yayıncılık; 2012:17-80.
21. Beğer, T. Geriatrik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, Antalya, Türkiye. 2011.
22. Kahraman C. Hospitalize Edilen Geriatrik Hastalarda Beslenme Bozukluğunun Kognitif Fonksiyonlar, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (Tez). İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2009.
23. Akdeniz, M., Yaman, A., Tufan, İ., & Yaman, H. Yaşlılık ve engellilik. Yaşlı Sağlığı, 2009;5(18):7-10.
24. Bahar, G., Bahar, A., Savas, H.,A. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009;4,(12):85-97.
25. Akyıldız, Y. (2013). Yaşlılara yönelik sosyal bakım gereksinimleri.
26. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan dünya ve yaşlanan insan. Birinci Basamak İçin Geriatri Sempozyumu Özet Kitabı, Ankara, Türkiye. 2012:7-15.
27. Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., & Akgül, N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2009;31(4):367-373.

28. Doğaner, Y. ., Aydoğan, ., & Sarı, O. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri Aile Hekimliği zel Dergisi*, 2014;5(3), 70-75.
29. Güneş, G., Y. Yaşlılarda Egzersizin Fiziksel Aktivite, Hareket Korkusu, Yorgunluk Ve Uyku Kalitesine Etkisi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
30. Bilir, N. Yaşlanan toplum. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, 2004;1.
31. Olgun, N., Aslan Eti, F., Yücel, N., ntrk Kan, Z., & Laçin, Z. Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Universitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;2(4):72-78.
32. Kurt, G., Yücel-Beyaztaş, F., Erkol, Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, 2010;24(2):32-39.
33. Gianni, W., Madaio, R. A., Di Cioccio, L., D'Amico, F., Policicchio, D., Postacchini, D. & Zuccaro, S. M. Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 2010;51(3):273-276.
34. elli, L. P., Avcı, N, Ganıdağlı, S., Görgü, A., Oyucu, S., & ner, . Ağrı kliniğimize başvuran hastalarımızın 2001-2007 tarihleri arasındaki retrospektif değerlendirmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2009;15(2):66-72.
35. Akyüz, G., & Bulak, E. Osteoartritte ağrı nedenleri. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD*, 2007:31-35.
36. Altındağ, ., Sırmatel, ., & Tabur, H. Diz osteoartriti olan hastalarda demografik özellikler ve klinik parametrelerle ilişkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;3 (2):62-66.
37. Bilge, A., Ulusoy, R. G. Osteoartrit. *Kafkas Medical Journal*, 2018;8(eki):133-142.
38. Türkan E. Kronik Ağrı Hastalarında Mizaç zelliklerinin Ağrı Tedavisi Yanıtına Etkisi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.
39. Tanriverdi, G., Okanlı, A., Cetin, H., zyazıcıoğlu, N., Sezgin, H., Kararman, H. ., & Korkut, M. Yaşlı popülasyonda ağrı. *Türk Geriatrii Dergisi*, 2009;12(4).
40. Balbaloğlu, . 65 yaş üstündeki bireylerin ağrı kesici kullanım sıklığı ve zellikleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 2017;7(2):7-13.
41. etin, Y., Yağcı, N., & şahin, N. Y. Kronik kas-iskelet ağrısı olan yaşlılarda kognitif düzeyin ağrı algısına etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015;8(3):71-78.
42. Sağlık Bakanlığı. Türkiye kas ve iskelet sistemi hastalıkları nleme ve kontrol programı 2015-2020. T.C. Sağlık Bakanlığı 2015; Yayın NO, 1013.

43. Çeliker, R. Kronik ağrı sendromları. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2005;51(2).
44. McCarthy, L. H., Bigal, M. E., Katz, M., Derby, C., & Lipton, R. Chronic pain and obesity in elderly people: results from the Einstein aging study. Journal of the American Geriatrics Society, 2009;57(1):115-119.
45. Shawagfeh M, Melhem G.A.B., Khsawneh, J., Awida M, Haddad S. Chronic pain among older adults. Journal of Medical Science & Technology, 2017;6(1): 1 – 7.
46. Bakan, B., & Sucaklı, M. H. Huzurevinde yaşayan yaşlı popülasyonda kas-iskelet sistemi sorunlarının değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 2013;16(3).
47. Koçoğlu, D., & Özdemir, L. The relation between pain and pain beliefs with socio-demographic-economic characteristics at the adult population. Türk Algoloji Derneği Dergisi, 2011;23(2): 64-70.
48. Uyar, M., & Köken, İ. Kronik ağrı nörofizyolojisi. TOTBİD Dergisi, 2017;16:70-76.
49. Soykan, A., & Kumbasar, H. Kronik ağrı tedavisinde psikiyatrik yaklaşımlar. Klinik Psikiyatri Dergisi, 1999;2(2):109-116.
50. Cavlak, U., Baş Aslan, U., Yağcı N., Altuğ F. Kronik muskuloskeletal ağrının fizyoterapi-rehabilitasyon ile yönetimi. Türkiye Klinikleri J Physiother Rehabil-Special Topics, 2015;1(1):70-90.
51. Keskinbora, K. Ağrının patofizyolojisinden kronik pelvik ağrıya geçiş. Oral E., Usta T (Editörler). Kronik pelvik ağrı. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016:113-116.
52. Yücel, A., & Çimen, A. Nöropatik ağrı: mekanizmalar, tanı ve tedavi. Ağrı Dergisi, 2005;17(1):5-13.
53. Özbek, Z., & Öner, P. Yaşlanmada biyokimyasal ve fizyolojik değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Dergisi, 2008;(6):73-80.
54. Bulut, Ü., & Özçakar, N. Nasıl Yaşlanıyoruz? Turkish Family Physician, 2010;3(1):1-5.
55. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TR). Yaşlı sağlığı modülleri. Ankara: 2011:343-429.
56. Acet, M. Yaşlılık ile birlikte organizmada meydana gelen değişimler ve yaşlılık egzersiz ilişkisi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2015;(2).
57. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> Erişim tarihi 19.11.2018.
58. Aydoğan, Ü., Onar, T., & Nerkiz, P. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler. GeroFam, 2011;2(3).

59. Polat, F., Kumral, E. Normal ve patolojik beyin yaşlanması. Ege Tıp Dergisi, 2010;49(3) ek 1:3-10.
60. Savcı, A., & Bilik, Ö. Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde geriatrik değerlendirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2014;7(2).
61. Gümüş, K., & Ünsal, A. Osteoartritli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Turk Osteoporoz Dergisi, 2014;20(3):117-124.
62. Reisli, R. Kanser dışı kronik ağrıda opioid kullanımı. Türk Algoloji Derneği Dergisi, 2012;1:1-13.
63. Öztop, P. Yaşlılıkta sık görülen kas iskelet sistemi hastalıkları. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD.
64. Küçükşen, S., Şahin, M. Osteoarthritis prevention. European Journal of General Medicine, 2015; 12(1):96-100.
65. Borman, P. Kemik ve eklemlerimizi nasıl korumalıyız? Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği.
66. Sağlık Bakanlığı (TR). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı Ve Tedavi Rehberi. Ankara: 2010:23-45.
67. Çopuroğlu, C., & Heybeli, N. (2011). Yaşlılarda Ortopedik Sorunlar. GeroFam, 2011;2(1).
68. Akçay, P., Yağcı, E. B., Gürkan, D., Abataş, P., Giray, A., & Uygur, H. Ö. Osteoartritte Ağrı Nedenleri.
69. Barutçu, N., & Özgen, M. Osteoartritte nöropatik ağrı. Osmangazi Tıp Dergisi, 2018.
70. Atalay, S. G., Alkan, B. M., & AYTEKİN, M. N. Osteoartrite güncel yaklaşım. Ankara Tıp Dergisi, 2013;13(1).
71. Ergin, E. S., Kibar, S., Ozet, F. O., Evcik, D., & Ay, S. İleri yaşta artrit: romatoid artrit ve ayırıcı tanısı. Türk Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi, 2013;59:242-249.
72. Kınıklı, G. Romatoid Artrit. Ankara Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji 2014; 124-140.
73. Ergin, E. S., Kibar, S. İleri yaşta artrit: Romatoid artrit ve ayırıcı tanısı. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2013;59: 242-9.
74. Ergin, E. S., Kibar, S., Ozet, F. O., Evcik, D., & Ay, S. İleri yaş artritleri: Romatoid artrit tanisiyle takip edilen paraneoplastik artrit olgusu/Arthritis at advanced age: a case of paraneoplastic arthritis who was followed-up with the diagnosis of rheumatoid arthritis. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2017;63(1):92-96.

75. Altınkesen, E. Erken ve geç dönem romatoid artrit'li hastalarda semptomlar, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
76. Genç, A., & Sonel Tur, B. Fibromyalji sendromu. Ankara Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji, 2014;438-449.
77. Sonel Tur, B. Yumuşak Doku Romatizması. Fibromyalji Sendromu. Ankara Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji, 2014;69-76.
78. Özçetin, A. (2014). Fibromiyalji; Bir psikiyatrik bozukluk mu, yoksa birliktelik mi? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014;4(3):34-44.
79. Kösehasanoğulları, M., & Yılmaz, N. Fibromiyalji sendromu ve nöropatik ağrı. Ege Tıp Dergisi, 2018;1:26-31.
80. Garip, Y., Öztaş, D., & Güler, T. Türk geriatrik popülasyonda fibromiyalji prevalansı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. Türk Algoloji Derneği Dergisi, 2016;28(4):165-170.
81. Tan, E. Nöropatik ağrı tanı ve tedavi kılavuzu. Cortex İletişim Hizmetleri. İstanbul: 2009:12-77.
82. Akyüz, G., & Oflluoğlu, D. Osteoporozda ağrı ve yaşam kalitesi. The Journal of Turkish Family Physician, 2010;2(1):11-15.
83. Arıoğlu, S. Yaşlıda Osteoporoz Ve Tedavisi, 2012;25: 38-40.
84. Ölmez, Ü. Osteoporoz. Ankara Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji, 2014;414-425.
85. Haliloğlu, S., Uzkeser, H., İcağasioğlu, A. Postmenopozal osteoporozlu hastalarda sırt ağrısının yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. Türk Osteoporoz Dergisi, 2014;20:6-9.
86. Karakulak, İ. Kronik Bel Ağrısına Yönelik Trans-Sakral Epiduroskopik Lazer Dekompresyon Uygulanan Olgularda Yaşam Kalitesinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı; 2016.
87. Arslan, D., Tatlı, A. M., & Üyetürk, Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. Abant Medical Journal, 2013;2(3):256-60.
88. Mutluay, E. Yaşlı kanser hastalarında ağrı. Türk Onkoloji Dergisi, 2015;30(1):90-95.
89. Pirbudak Çöçelli, L., Tuncel, İ., Ganidağlı, S., Ünsal, Ö. Akciğer Kanserli Hastalarda Ağrı ve Ağrı Tedavisi. Yönetiminin Retrospektif Değerlendirilmesi. Gaziantep Tıp Dergisi 2010;16(2):05-10.
90. Uyar, M., & Eyigör, C. Geriatrie kanser ağrısına yaklaşım. Ege Tıp Dergisi, 2014;53:38-45.

91. Tan, E. Nöropatik ağrı ve tedavisi. 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi;2007.
92. Öztürk-Mungan, S., Şahin, Ş., Kızıltan M. Ağrılı Diabetik Polinöropati İle Hipertrigliseridemi Ve Hiperkolesterolemi İlişkisi 2010;13(2):73-78.
93. Karan, M. A., & Akın, S. Terminal yaşlı hastaya yaklaşım. Klinik Gelişim Dergisi, 2012;25:90-94.
94. Terzi, M., & Cengiz, N. Diyabetik Nöropati. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2009;21(1).
95. Ünal, E., Akan, O., & Üçler, S. Diyabet ve nörolojik hastalıklar. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2015;31:45-51.
96. Parlak, A., Küçükuslu, N., & Aydoğan, Ü. Yaşlılarda sık görülen deri hastalıkları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2012;16(2):72-82.
97. Makharita, M. Y. Prevention of post-herpetic neuralgia from dream to reality: a ten-step model. Pain physician, 2017;20(2):209-220.
98. Üçler, S. İleri Yaş Baş Ağrıları. Okmeydanı Tıp Dergisi 2013;29(Ek sayı 2):53-59.
99. Bilgiç, S., & Erşen, Ö. Yaşlılarda en önemli bel ağrısı sebebi: spinal stenoz. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi 2015;14:309–318.
100. Kayhan, M., Dilekçi, E., & Gücük, S. Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü hastaların aile hekimliği bakış açısıyla değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 2018;10(1).
101. Lansbury, G. Chronic pain management: a qualitative study of elderly people's preferred coping strategies and barriers to management. Disability and rehabilitation, 2000;22(1-2), 2-14.
102. Cornally, N. Chronic pain in older adults. Nursing in General Practice.2010:21-24.
103. Günvar, T. Birinci basamakta kronik ağrı yönetiminin temel ilkeleri. TJFMPC, 2009;3(3):14-17.
104. Özel, F., Yıldırım, Y., & Fadiloğlu, Ç. Pain management of elderly in nursing homes. Türk Algoloji Derneği Dergisi, 2014;26(2):57-64.
105. Auret, K., & Schug, S. A. Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain. Drugs & aging, 2005;22(8):641-654.
106. Şahin, N., Albayrak, İ., Karahan, A. Y., & Uğurlu, H. Kronik bel ağrılı hastalarda fizik tedavinin etkinliği. Genel Tıp Derg, 2011;21(1):17-20.
107. Özdağ, N. H., Mollahaliloğlu, S., Öztaş, D., & Güzeldemirci, G. B. Ağrı tedavisinde akupunkturun yeri. Ankara Tıp Dergisi, 2015;15(4):249-253.

108. Suyabatmaz, Ö., Özgönel, L., & Burnaz, Ö. Kronik bel ağrılı hastalarda bel okulunun etkinliğinin araştırılması. *İstanbul Tıp Dergisi*, 2011;12:5-10.
109. Baek, S. R., Lim, J. Y., Lim, J. Y., Park, J. H., Lee, J. J., Lee, S. B., ... & Paik, N. J. Prevalence of musculoskeletal pain in an elderly Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *Archives of gerontology and geriatrics*, 2010;51(3):46-51.
110. Carvalho, R., C., Maglioni, C., B., Machado, G., B., Araújo, J., E., Silva, J., R., T., Silva, M., L. Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. *Brazil Journal of Pain*, 2018;1(4):331-8.
111. Yu, H. Y., Tang, F. I., Kuo, B. I. T., & Yu, S. Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. *Pain Management Nursing*, 2006;7(1):2-11.
112. Onubogu, U. D. Pain and depression in older adults with arthritis. *Orthopaedic Nursing*, 2014;33(2):102-108.
113. Pereira, L., V., Vasconcelos, P., P., Ferreira Souza, L., A., Araújo Pereira, G., A., Kyosen Nakatani, A., Y., Bachion, M., M. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study, 2014;22(4):662-9.
114. Doğan, N., Göriş, S., & Demir, H. Osteoartritli bireylerin ağrı ve öz etkililik düzeyleri. *Türk Algoloji Derneği Dergisi*, 2016;28(1):25-31.
115. Ünde Ayvat, P., Aydın, O. N., & Oğurlu, M. Algoloji polikliniğine başvuran bel ağrılı hastaların risk faktörleri. *Türk Algoloji Derneği Dergisi*, 2012;24(4):165-170.
116. Yıldız, A., Erol, S., & Ergün, A. Pain and depression risk among elderly people living in a nursing home. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2009;12(3):156-164.
117. Flood, P., & Daniel, D. Intranasal nicotine for postoperative pain treatment. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 2004;101(6):1417-1421.
118. Ölüç, F. Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
119. Çetin, Y., Yağcı, N., & Şahin, N. Y. Kronik kas-iskelet ağrısı olan yaşlılarda kognitif düzeyin ağrı algısına etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015;8(3):71-78.
120. Karttunen, N., Lihavainen, K., Sipilä, S., Rantanen, T., Sulkava, R., & Hartikainen, S. Musculoskeletal pain and use of analgesics in relation to mobility limitation among community-dwelling persons aged 75 years and older. *European Journal of Pain*, 2012;16(1):140-149.

121. Mäntyselkä, P. T., Turunen, J. H., Ahonen, R. S., & Kumpusalo, E. A. Chronic pain and poor self-rated health. *Jama*, 2003;290(18):2435-2442.
122. Güngörmüş, Z., & Kıyak, E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Algoloji Derneği Dergisi*, 2012;24(3):123-129.
123. Marcus, D. A. Chronic pain. A primary care guide to practical management. Totowa, New Jersey: Humana Press; 2005.
124. Henderson, J. V., Harrison, C. M., Britt, H. C., Bayram, C. F., & Miller, G. C. Prevalence, causes, severity, impact, and management of chronic pain in Australian general practice patients. *Pain Medicine*, 2013;14(9):1346-1361.
125. Frießem, C. H., Willweber-Strumpf, A., & Zenz, M. W. Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. *BMC Public Health*, 2009;9(1):299.
126. Fox, P. L., Raina, P., & Jadad, A. R. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Cmaj*, 1999;160(3), 329-333.
127. Ünver, G. Osteoporoz Tanısı Almış Yaşlı Kadınlarda Ağrı Ve Kırılganlığın İncelenmesi (Tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
128. Bilgici A., Ömer Kuru, Ö., Gündüz Ö., Alaylı, g. Osteoartritli yaşlı hastalarda ağrı ile fiziksel ve psikososyal disabilite arasındaki ilişki. *Türk Geriatri Dergisi*, 2000;3(1): 22-25.
129. <http://dx.doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460336.31600.01>. Erişim tarihi 12.02.2019.
130. Parlak-Demir, Y. Kendi evinde yaşayan ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon düzeylerinin ve sosyal izolasyon durumlarının karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2017;16(1):19-28.
131. Hatipoğlu Z. Bel Ağrısında Pule Ve Konvansiyonel Radyofrekans Termokoagulasyon Uygulamaları (tez). Adana: Çukurova Tıp Fakültesi; 2009.
132. Çetin, A., Özdemir, O., Haghari, F. S., & Taşoğlu, Ö. Fizik tedavi programlarının ağrı ve hayat kalitesi üzerine etkisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2012;58(2):99-102.

EKLER



Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/231	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezindeki 65 Yaş Üstü Hastalarda Kronik Ağrı Sıklığı ve Etki Eden Faktörler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ*		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

Karar No: 12/18 Tarih: 02.07.2018

KARAR BİLGİLERİ
Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Merve Nur BİLİCİ ATIK'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI: Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	<i>[İmza]</i>
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	<i>[İmza]</i>

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma



Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ 1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU:

Sayı: 2018/7

Karar: 2018/7

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 25/09/2018 tarih saat 15:30'da Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Dr.Güliden YÖRÜTEN Toplantı Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosyaları inceleyerek aşağıdaki kararları almıştır.

1-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Merve Nur Bilici ATIK'ın "Edirne İli içerisinde Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaş üstü hastalarda kronik ağrı sıklığı ve etkileyen faktörler" konulu Uzmanlık Tezi,


2-Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesinde Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Uzmanı olarak görev yapan Uz.Dr.Mengühan Aras ALTAY'ın "Edirne İlinde görev yapan Aile Hekimlerinin OTİZM farkındalığı" isimli anket çalışması;

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

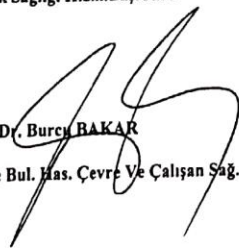

Dr. Gürur ÇAKAR

İl Halk Sağlığı Hizm.Baş.Yard


Dr.Selma HANES YILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı


Dr. Rifat ÖZALTIN

Edirne Aile Hek. Ve Top.Sağ. Hiz. Birimi


Dr. Burcu BAKAR

Edirne Bul. Has. Çevre Ve Çalışan Sağ. Birimi


Uz.Dr.Esin SEÇGİN SAYHAN

Merkez İlçe Toplum Sağ. Merkezi Başkanı


Yıldırım ÇETİNTAŞ

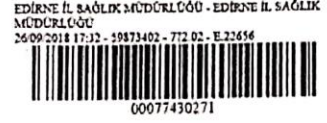
Edirne Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Programlar Ve Kanser Birim

Ek 3

3] tarihli ve [2] sayılı yazı, 27/09/2018-140360



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 59873402/772.02
Konu : 1.Basamak Tez Komisyon Raporu

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

1-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Merve ÜNAL'ın "Edirne İl Merkezinde yaşayan 20-64 yaş arası Yetişkinlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi hakkında Bilgi Düzeyleri ve Kullanım Durumları" konulu Uzmanlık Tezi,

2-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Merve Nur Bilici ATIK'ın "Edirne İli içerisinde Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaş üstü hastalarda kronik ağrı sıklığı ve etkileyen faktörler" konulu Uzmanlık Tezi, 1. Basamak Araştırma Komisyonumuz tarafından toplanarak ekteki kararlar alınmıştır. İlgililere bildirilmesi hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Ali Cengiz KALKAN
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1- Dr. Mengühan ARAS ALTAY
2- Komisyon 6

Dr. Ali Cengiz KALKAN

EDİRNE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı
Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Faks No:
e-Posta:nursen.uckan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Nurşen Üçkan 02842149010/1284

Bilgi için:Nurşen ÜÇKAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e55d7338-d8bc-46fc-9c93-8a64b17da520 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2018/231	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezindeki 65 Yaş Üstü Hastalarda Kronik Ağrı Sıklığı ve Etki Eden Faktörler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÖNVANI / ADI	Prof. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 06/45	Tarih: 25.03.2019	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Merve Nur BİLİCİ'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; çalışmanın adının "Edirne İl Merkezindeki 65 Yaş Üstü Nüfusta Kronik Ağrı Sıklığı ve Etki Eden Faktörler" olarak değiştirilmesine mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Önvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KOŞE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPIUZ Öye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Üyesi F. Nesrin TURAN Öye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÖRKAN Öye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÖMİT Öye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Öye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Öye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Öye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Öye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Öye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Öye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Öye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	Mazeretli
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Öye		Serbest Öye	E	E H	E H	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA
KRONİK AĞRI SIKLIĞI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Arş. Gör. Dr. Merve Nur Bilici Atik

Danışman: Prof. Dr. Serdar Öztora

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Edirne ili içerisindeki Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaş üstü hastalarda kronik ağrı sıklığı ve etkileyen faktörleri araştırma amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp, katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz:

1) Kadın

2) Erkek

3- Boyunuz: cm

4- Kilonuz: kg

5- Çocuğunuz var mı?

0) Yok

1) Var:

6- Medeni durumunuz:

1) Bekar

2) Evli

3) Dul/boşanmış

7- Eğitim durumunuz:

1) Okuryazar değil

2) Okuryazar

3) İlkokul

4) Ortaokul

5) Lise

6) Üniversite

8- Mesleğiniz:

- 1) Serbest Meslek 2) Memur 3) İşçi 4) Emekli
5) Çalışmıyor 6) Diğer:

9- Şu an aktif olarak çalışıyor musunuz?

- 0) Hayır (..... yıl çalıştım, yıldır çalışmıyorum)
1) Evet (..... yıldır çalışıyorum)

10- Sosyal güvenceniz:

- 0) Yok 1) Var

11- Gelir durumunuz (Aynı evde yaşayan tüm bireylerin toplam geliri): TL

12- Alkol kullanımı:

- 0) İçmiyorum, daha önce hiç içmedim
1) İçiyordum bıraktım
2) Evet (..... yıldır, haftada..... gün, bardak içiyorum cinsi:

13- Sigara kullanıyor musunuz?

- 0) İçmiyorum, daha önce hiç içmedim
1) İçiyordum bıraktım (..... yıldır, günde..... adet içtim, yıl önce bıraktım.)
2) Evet (..... yıldır, günde..... adet içiyorum)

14- Kronik hastalığınız var mı?

- 0) Yok 1) Var (belirtiniz):

15- Gün içinde düzenli kullandığınız ilaç var mı?

- 0) Yok 1) Var (belirtiniz):

16- Birlikte yaşadığınız bireyler kimlerdir?

- 1) Yalnız yaşıyorum
2) Kimlerle yaşıyorsanız belirtiniz:

17- Sizin bakımınızda yardımcı olan / olanlar var mı?

0) Hayır 1) Evet (belirtiniz):

18- Hangi konularda desteğe gereksinim duyarsınız?

0) Gereksinim duymam 1) Yeme içme 2) Alışveriş
3) Tuvalet ihtiyacını giderme 4) Hastaneye gitme 5) Diğer:

19- 3 aydan uzun süren ağrınız var mı?

0) Yok (Anket tamamlanmıştır, katılımınız için teşekkür ederiz)

1) Var (Cevabınız var ise aşağıdaki soruları cevaplayınız)

20- Ağrınız vücudunuzun hangi bölgesinde/bölgelerinde mevcut belirtiniz:

.....

21- Ağrınız nasıl tarif edersiniz:

.....

22- Ağrınız şekil değiştiriyor mu?

0) Hayır 1) Evet

23- Ağrınız gün içinde sürekli devam ediyor mu?

0) Hayır 1) Evet

24- Ağrınız gece veya gündüz şiddetleniyor mu?

0) Hayır 1) Gece 2) Gündüz

25- Ağrınız için daha önce hiç doktora başvurduunuz mu?

0) Hayır 1) Evet (Branşını belirtiniz):

26- Ağrı sebebiniz belirlenip tıbbi bir tanı konuldu mu?

0) Hayır 1) Evet (Aldığınız tanıyı belirtiniz):

27- Ağrınız için hiç radyolojik görüntüleme yapıldı mı?

0) Hayır 1) Evet

28- Ağrınız için sürekli bir tıbbi tedavi başlandı mı?

0) Hayır **1)** Evet (belirtiniz):

29- Ağrınız için uygulanan tedavilere düzenli devam ettiniz mi?

0) Hayır **1)** Evet

30- Ağrınız için hiç doktora başvurmadan ilaç kullandınız mı?

0) Hayır **1)** Evet (belirtiniz):

31- Ağrınız için hiç akupunktur, masaj, hacamat benzeri ilaç dışı bir tedavi aldınız mı?

0) Hayır **1)** Evet (belirtiniz):

32- Ağrınıza sebep olan tıbbi durumdan hastaneye yatışınız oldu mu?

0) Hayır **1)** Evet

33- Ağrınız için hiç cerrahi bir işlem uygulandı mı?

0) Hayır **1)** Evet

34- Ağrınız yaşam kalitenizi azaltıp sizi mutsuz ediyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

35- Ağrınız son 6 ay içerisinde çocuğunuzun/torununuzun sizinle vakit geçirmesine engel oldu mu?

0) Hayır **1)** Evet **2)** Çocuğum/ Torunum yok

36- Ağrınız uzun süren seyahatlere çıkmanızı engelledi mi?

0) Hayır **1)** Evet

37- Ağrı bulunan bölgeye uyan vücut kısmı daha önce araba kazası, düşme veya çarpma sonucu kırık, çıkık, yumuşak dokuda ezilme, açık yara benzeri bir travmaya maruz kaldı mı?

0) Hayır **1)** Evet

38- Ağrınızdan dolayı koltuk değneği, baston, yürüteç benzeri yardımcı bir araç kullanıyor musunuz?

0) Hayır **1)** Evet

39- Koşma, ağırlık kaldırma, yorucu spor yapma gibi şiddetli aktivitelerden sonra ağrınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

40- Spor yaparken, elektrik süpürgesi iterken, ağır bir masayı iterken gibi orta derecede ağır aktiviteleri yaparken ağrınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

41- Alışveriş malzemelerini taşıırken ya da kaldırırken ağrınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

42- Birden fazla merdiveni çıkarken ağrınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

43- Sadece birkaç basamak çıkarken ağrınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

44- Bir bloktan öteye yürüdüğünüzde ağrınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

45- Bir blok ya da bir bloktan az yürüdüğünüzde ağrınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

46- Banyo yaparken ya da giyinirken ağrınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

47- Ağrıdan dolayı işe ya da diğer aktivitelere ayırdığınız zaman azalıyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

48- İsteğiniz, başarınız ağrıdan dolayı azalıyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

49- Aktivitelerinizi ya da yaptığımız işi ağrınızdan dolayı sınırlandırdığınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

50- Yaptığımız iş ya da aktiviteler ağrıdan dolayı ekstra çaba gerektiriyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

51- Ağrıdan dolayı uyku problemleriniz oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

52- Ağrı hissi dini aktivitelerinizi yapmanıza engel oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

53- Ağrı sizin sosyal ya da eğlence aktivitelerine katılmanızı engelliyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

54- Ağrı sizin seyahat ya da standart ulaşımınızı engelliyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

55- Ağrı sizin yorgun ve tükenmiş hissetmenize neden oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

56- Ağrı nedeniyle aile üyelerine ve arkadaşlarınıza bağımlı olmak zorunda mı kalıyorsunuz?

0) Hayır **1)** Evet

57- 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

58- 7 gün içinde, 0- 10 arası bir skalada “0” hiç ağrı yok, “10” hayal edebileceğiniz en kötü ağrı ise sizin ağrınız ortalama ne kadar şiddetliydi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

59- Tamamen bitmeyen ağrınız var mı?

0) Hayır **1)** Evet

60- Her gün ağrınız var mı?

0) Hayır **1)** Evet

61- Haftada bazen ağrınız oluyor mu?

0) Hayır **1)** Evet

62- 7 gün içinde ağrı sizin üzgün ve depresif hissetmenize neden oldu mu?

0) Hayır **1)** Evet

Anketimiz tamamlanmıştır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ek 6

GERİATRİK AĞRI ÖLÇEĞİ

	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 başarılarınız 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 problemleriniz 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?		

	EVET	HAYIR
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	0- 10	0- 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?		

Puanlama: Her evet yanıtı için 1 puan verilir ve sayısal yanıtlara eklenir.

Toplam Puan (0-42)

Dönüştürülmüş Puan: (Toplam puan* 2.38) (0-100)