

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLI BİREYLERİN AĞRI, DEPRESYON VE YAŞAM
KALİTESİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Güler DAŞKIN

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Danışmanı:Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT

MAYIS-2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

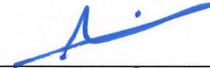


YAŞLI BİREYLERİN AĞRI, DEPRESYON VE
YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Güler DAŞKIN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez 24.05./2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Hicran YILDIZ	Basarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT	Basarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Gülgün DURAT	Basarılı	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24/05/2016 tarihinde 2016-10/5 nolu kararı ile onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

24/05/2019

Güler DAŞKIN

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitim süresi içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen ve her zaman varlığını yanında hissettiğim değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT'e, tezimin son halini almasında yardımcı olan ve çalışma süresince desteğini esirgemeyen değerli eşim Aykut DAŞKIN'na, her zaman yanımda olan aileme teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla



İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	v
TABLolar	vi
ŞEKİLLER	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. YAŞLILIĞIN TANIMI.....	3
2.1.1. Tarihsel Süreçte Yaşlılık.....	4
2.2. YAŞLILIK EPİDEMİYOLOJİSİ.....	5
2.2.1. Dünyada Yaşlı Nüfus.....	6
2.2.2 Türkiye’de Yaşlı Nüfus	7
2.3. YAŞLILIĞA BAĞLI FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	8
2.3.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	9
2.3.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri	10
2.3.3. Sindirim Sistemi Değişiklikleri	10
2.3.5. Üriner Sistem Değişiklikleri	11
2.3.6. Metabolik Sistem Değişiklikleri	11
2.3.7. Sinir Sistemi Değişiklikleri.....	12
2.3.8. Duyusal Fonksiyonlardaki Değişimler	12
2.3.9. Yaşlılıkta Psikososyal Değişiklikler:	12
2.4. AĞRININ TANIMI.....	13
2.4.1. Ağrının Sınıflaması.....	13
2.4.2. Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler.....	16

2.5. YAŞLIDA AĞRI.....	22
2.5.1. Yaşlıda Ağrının Sınıflandırılması.....	22
2.5.2. Yaşlı Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi.....	24
2.5.3. Yaşlılarda Ağrının Değerlendirilmesini, Tanısını ve Tedavisini Engelleyen Nedenler.....	26
2.5.4. Yaşlılarda Görülen Ağrı Davranışları.....	27
2.5.5. Yaşlıda Ağrı Yönetimi.....	28
2.5.6. Ağrısı Olan Yaşlıda Hemşirenin Rolü	30
2.6. DEPRESYONUN TANIMI	31
2.6.1. Depresyonun epidemiyolojisi, Türkiye deki durumu, kimlerde görülür?	31
2.6.2. Yaşlılarda Depresyonun Tanısı, Tedavisi ve Etkileyen Faktörler	32
2.6.3. Depresyonu olan yaşlıda hemşirenin rolü.....	33
2.7. YAŞAM KALİTESİ.....	34
2.7.1. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	37
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular	37
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	37
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	38
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	38
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	38
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ.....	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	50
KAYNAKLAR	54
EKLER.....	63
ÖZGEÇMİŞ.....	73

KISALTMA VE SİMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
EGYA	: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri
SPSS	: Statistical Packages for the Social Science
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti.
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLULAR

Tablo 1: Yaşa ve cinsiyete göre beklenen yaşam süresi, 2015	8
Tablo 2: Ağrının Sınıflandırılması	13
Tablo 3: Ağrı Ölçekleri	16
Tablo 4: Sosyo Demografik Özelliklerin Dağılımı	41
Tablo 5: Depresyon Frekans Tablosu	43
Tablo 6: Geriatrik Ağrı, Depresyon ve Yaşam Kalitesi İle Cinsiyet Karşılaştırması	44
Tablo 7: Geriatrik Ağrı, Depresyon ve Yaşam Kalitesi İle Medeni Durum Karşılaştırması.....	45
Tablo 8: Ölçekler İle Yaş İlişkisi	45
Tablo 9: Geriatrik Ağrı, Depresyon ve Yaşam Kalitesi İle Maddi Durum Karşılaştırması.....	46
Tablo 10: Yaşam Kalitesi ile Depresyon Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 11: Ağrı ile Depresyon Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 12: Ağrı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 13: Geriatrik ağrı ile GYA ve EGYA arasındaki ilişki.....	48
Tablo 14: Regresyon Analizi Sonuçları	48
Tablo 15: EGYA ve GYA Gruplandırılmış Olarak Değerlendirilmesi	49

ŞEKİLLER

Şekil 1: Dünya Nüfus Piramidi: 2000 ve 2050 (Pison 2013).....	7
Şekil 2: Türkiye’de Yaşlı Nüfus Oranları (TUIK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2012-2016)	8
Şekil 3: Ağrı Tipleri (http://www.phd.org.tr/19kongresunum/asuman_dogan.pdf (Erişim tarihi:30 Eylül 2017)	15
Şekil 4: Sözel Kategori Ölçeği	17
Şekil 5: Sayısal Ölçekler (Black ve Matassarın 1993, Tulunay ve Tulunay 2000) ...	18
Şekil 6: Görsel Kıyaslama Ölçeği	18
Şekil 7: Burford Ağrı Termometresi	19
Şekil 8: Mc Gill-Melzack Ağrı Soru Formu (Melzack ve Katz 1992)	21
Şekil 9: Yaşlı bireyde ağrı değerlendirmesi için algoritma (British Geriatrics Society,2014)	24
Şekil 10: Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri (www.dicle.edu.tr (Erişim tarihi 25 Eylül 2017)).	35

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu araştırma, yaşlı bireylerde ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı olarak planlanan ve kesitsel araştırma modeli kullanılan çalışma; bir devlet hastanesinin iç hastalıkları polikliniğinde 01.06.2016 – 01.01.2017 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmaya 65 yaş üzeri 319 hasta dahil edildi. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan, hastaların sosyo demografik özelliklerini içeren tanıtım formu, Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü, DSÖ Yaşam Kalitesi-8 Kısa Form, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Lawton ve Brady Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Çalışma verilerinin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yüzde, ortalama, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H, Spearman korelasyon testi ve regresyon analizi ile yapıldı.

BULGULAR: Katılımcıların DSÖ Yaşam Kalitesi Yaşlı modülünden aldıkları puan ortalamalarının $76,49 \pm 8,44$, DSÖ Yaşam Kalitesi-8 Kısa Form ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının $3,53 \pm 0,57$, GAÖ puan ortalamalarının ise $12,15 \pm 7,31$ olduğu belirlendi. Yaşlı hastaların %14,7'sinde depresyon ihtimali, %29,7'sinde ise kesin depresyon belirtileri olduğu saptandı. Cinsiyet ve gelir düzeyinin yaşlıların depresyon ve ağrı düzeyini, medeni durumun ise sadece ağrı düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı. Yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı, bağımlılık ve ağrı düzeylerinin ise arttığı görüldü. Ağrı düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği ve depresyon düzeylerinin arttığı belirlendi. Yaşam kalitesindeki artışın depresyonu azalttığı saptandı.

SONUÇ: Yaşlı hastaların yaşam kalitelerinin ortalamanın üzerinde olduğu yarıya yakınında depresyon ihmal ve depresyon olduğu belirlendi. Ağrı ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görüldü.

Anahtar Kelimeler: ağrı, depresyon, iç hastalıkları, yaşam kalitesi, yaşlı,

ABSTRACT

Examining The Levels Of Pain, Depression And Life Quality In Elderly

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: The aim of this study was to investigate the levels of pain, depression and quality of life in elderly individuals.

MATERIALS AND METHOD: The present study was designed to be a descriptive study and adopted cross-sectional research model and was performed in the internal medicine clinics of a state hospital between 01.06.2016 and 01.01.2017. The study included 319 patients over 65 years of age. The data were collected via an introductory form prepared by the researcher containing the socio-demographic characteristics of the patients, Geriatric Pain Scale (GPS), Geriatric Depression Scale (GDS), World Health Organization Quality of Life Scale, WHO Quality of Life-8 Short Form, Katz Daily Living Activities and Lawton and Brady Instrumental Daily Living Activities Scale was collected by face-to-face interviews. Statistical analyses of the study data were carried out by percentile and mean values analyses, the Mann Whitney U, Kruskal Wallis H and Spearman correlation tests.

RESULTS: The mean score of the participants for the WHO Quality of Life module was 76.49 ± 8.44 while WHO Quality of Life-8 Short Form scale was 3.53 ± 0.57 and the mean GPS score of was 12.15 ± 7.31 . It was determined that 14.7% of elderly patients had possible depression while 29.7% had definite symptoms of depression. It was found that sex and income level affected the level of depression and pain in the elderly individuals while marital status only significantly affected the pain level. It was observed that the quality of life decreased and the dependency and pain levels increased with the increasing age. It was also found that as the levels of depression and the level of pain increased negatively affected the quality of life. It was determined that increased quality of life decreased the depression.

CONCLUSION: The quality of life of the elderly patients was found to be above the average. Depression neglect and depression were detected almost half of the elderly participants. It was seen that pain and depression negatively affected the quality of life.

Keywords: pain, depression, internal diseases, quality of life, elderly

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma bireyler için intrauterin yaşamda başlayıp, ölüme kadar süren bir değişimdir (Kalıncara 2014). Yaşlanma kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir. Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, çevreye bağımlı hala geldiği bir dönemdir (Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009). Yaşlılık fizyolojik bir olgu olup, fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda bir gerileme, sosyal desteklerin azaldığı pek çok sorunun yaşandığı bir dönemdir. Yaşlılık bir hastalık değil, insan biyolojisindeki değişimlerin yaşandığı bir süreçtir (Elkin 2016).

Tıptaki gelişmelerle birlikte, yaşam koşullarının iyileşmesi insan ömrünün uzamasına neden olmuştur. Bunun sonucunda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde buna bağlı olarak yaşlı sayısında artış meydana gelmiştir (Elkin 2016). Günümüzde 65 yaş ve üzeri yaşlı olarak sınıflandırılmaktadır. Bu konuda farklı terimler mevcuttur. Sosyal anlamda yaşlılık insanın bağımsız konumdan bağımlı konuma geçmesidir. Hukuki anlamda ise insanın çalışma hayatındaki verimliliğinin azalması ve emekli olduğu dönemdir (Telatar ve Özcebe 2004). Yaşlı birey nüfusundaki artış bu döneme özgü sorunları ve ek hizmet gereksinimlerini doğurmuştur. Yaşlılık döneminde yaşanan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler, yaşlı bireyleri daha kırılgan yapmakta ve daha çeşitli sorunlara yol açmaktadır (Özer 2013).

İlerleyen yaşla birlikte kişinin yalnız yaşaması, sosyal ilişkilerinin zayıflaması, ekonomik durumunda kötüleşme, sosyal destek sistemlerinin zayıf olması gibi etmenlerin depresyonun görülme sıklığında artışa neden olduğu bilinmektedir (Özer 2013). Yaşlılık dönemine kadar yaşam hedeflerine ulaşamamış olması ve buna paralel olarak benlik doyumunun sağlanamaması depresyon riskini arttırmaktadır. Yaşlılık dönemindeki toplumlar bu nedenle risk altındadır (Altıntaş ve ark. 2006).

Yaşlılar dünyada en hızlı artış gösteren popülasyondur. Her geçen gün artış gösteren yaşlı nüfusunda en yaygın görülen sağlık sorunlarından birisi ağrıdır. Ağrı subjektif bir deneyim olup çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilir. Bu nedenle yaşlının yaşam kalitesini ve fiziksel fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Tanrıverdi ve ark. 2009). Yaş, yaşanılan şehir ve ortama bağlı olarak %45-%80 arasında, yaşlılarda ağrı görülme oranı tahmin edilmektedir. Ağrının özellikle ev ortamında yaşayan yaşlılarda daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Şimşek Tarsuslu ve ark. 2011).

Yaşlı bireylerde ağrının yaşlanmanın doğal bir süreç olarak düşünülmesi, yaşlıda ağrının belirlenmesi ve yönetiminde en önemli engellerden biridir. Ağrı, yaşlı bireylerde sıklıkla depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, sosyalizasyonda azalma ve hareket kısıtlılığına neden olur. Buda yaşlılarda yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Karadakovan 2014).

Yaşlı nüfusun artması, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşanan yılların kalitesi önem kazanmaya başlamıştır (Sönmez ve ark. 2007). Yaşlılarda meydana gelen fiziksel değişimler bireylerin birtakım faaliyetlerini kısıtlamakta veya gerçekleştirmelerine engel olmakta, kendilerini mutsuz hissetmelerine neden olmaktadır. Buda sağlık açısından yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Son yıllarda yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi bu bağlamda önem kazanmıştır (Altuğ ve ark. 2009). Yaşlı bireylerde görülen ağrı, depresyonun erken tanı ve tedavisi yaşam kalitesini arttırmakta ve erken ölümleri önlemektedir (Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009).

Bu nedenle araştırma, yaşlı bireylerde ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIĞIN TANIMI

Kişinin yaşamı dünyaya gözlerini açtığı doğumu ve dünyaya gözlerini kapattığı ölümüyle nihayete eren zaman aralığı içerisinde geçen bir aşamadır. Yaşlılık bütün insanlar için mecburi bir sondur (Akdemir 1992, Demirsoy 1997). Başka bir tanımlamada ise *“yaşlılık; devam edip geçen zamana endeksli olarak kişinin değişim gösteren etrafına adapte olma gücü ile vücudunun iç ve dış etkenler arasında denge sağlama kabiliyet ve kapasitesinin azaldığı aşama”* şeklinde tanımlanmıştır (Bezgal 1990).

Kişinin hayatı belirli kademeler halinde sınıflanmaktadır. Bunlar, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemleridir. Bu dönemlerde kişi birbirinden farklı özellikler sergilese de bu aşamalar birbirinden kesin çizgilerle ayrılmamıştır. İşte bu dönemlerden araştırmamızın da konusu olan yaşlılık, hayatın nihai dönemlerini tasvir etmek amacıyla kullanılmaktadır (Doğan 2007).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılığı, yaş aralıkları itibari ile belirli gruplara ayırmıştır.

Buna göre yaşlılık grupları;

45-59 yaş arası orta yaşlılık

60-75 yaş arası yaşlı

78-89 yaş arası ileri yaşlı

90 yaş ve üzeri ihtiyar olarak belirlenmiştir (DPT ‘ Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Usul Eylem Planı’’ 2007).

Yaşlılık olgusunu daha iyi anlayabilmek günümüzde yaşlı bireylerde ve yaşamlarında görülen farklılaşmaları daha iyi kavrayabilmek için yaşlılığın tarihsel sürecine değinmekte fayda bulunduğu aşikârdır.

2.1.1. Tarihsel Süreçte Yaşlılık

Tarihî süreç incelendiğinde bir kısım halklarda yaşlanmış bireylerin yüksek bir konumu olduğu görülmektedir. Yaşlılık bir sorun olarak görülmektedir. Geçmiş dönemlerde Yunanlılarda, Roma imparatorluğunda ve Çinlilerde yaşlı bireylerin otoriter bir güce sahip olduğu görülmektedir. Şark milletlerinde, Çin ve Japon topluluğunda yaşlanmış insanlara ananevi bir hürmet görünen bir gerçektir. Yaşlılık; bireyin hayatının çocukluk, gençlik ve yetişkinlik gibi tabii ve kaçınılmaz bir dönemidir. Yaşlılığın tarihsel sürecini belirli dönemler halinde incelemekte fayda bulunmaktadır (Gökçe Kutsal,2003:1-6).

2.1.1.1. Avcı ve Toplayıcı Toplumlarda Yaşlılık

Yaşlılığın tarihsel süreci incelendiğinde günümüzle öncesi arasında çok büyük farklılıklar bulunmaktadır. Tarihsel sürecin en başlarında doğa şartlarının çok zor ve çetin olduğu, teknolojinin gelişmediği, ekonominin avlanma ve toplama üzerine kurulu olduğu toplumlarda ve bölgelerde yaşlıların toplumdan yok sayıldığı, uzaklaştırıldığı, öldürüldüğü ve canlı canlı yakılmış oldukları görülmektedir. İnsanın gen yapısının ortaya koyduğu en fazla yaşam süresinin 120 olmasına rağmen avcı ve toplayıcı toplumlarda insan hayatının 20-25 yıl sürdüğü görülmektedir (Tufan,2002).

2.1.1.2. Tarım Toplumunda Yaşlılık

Yaşlı bireylerin toplum nazarında kabul görmesi, yerleşik düzene geçilme evresi ve tarımsal üretim sürecinin başladığı neolitik dönemle görülmektedir. Bu dönemde toplum göçebe yaşamdan yerleşik yaşama geçmiş ve kendilerine yük olarak gördükleri yaşlı bireyin taşınma sorunu ortadan kalkmıştır. Yaşlı bireylerin hayat tecrübelerini daha genç kişilere aktarması, çocukların bakımı ve eğitimi gibi konularda yardım etmesi ve gündelik yaşantıda daha rahat koşullara ulaşılmış olması ile bağlantılı olduğu görülmektedir (Kalınkara, 2013).

2.1.1.3. Modern Toplumlarda ve Günümüzde Yaşlılık

Başka uluslararası yapılan çalışmalar ortaya koymuştur ki modernleşme ve şehirleşme yaşlanmış bireylerin toplum içindeki yerini derinden değiştirmektedir (EYH 2012).

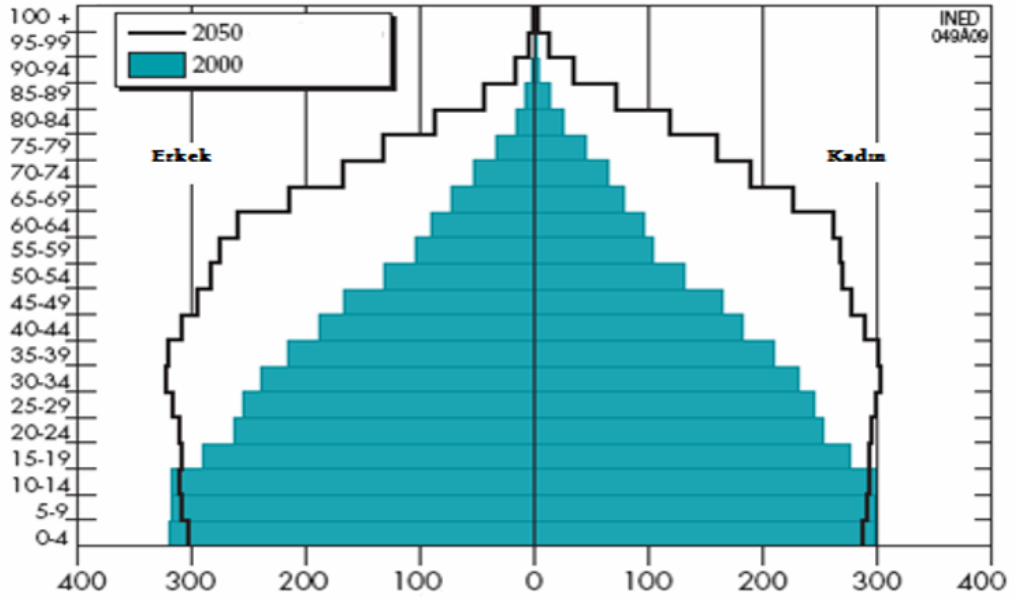
Çoğunlukla modern toplumdaki yaşlı bireyler üreten değil tüketen pozisyondadırlar. Çağdaş toplumda hâl epeyce farklıdır, teknolojik yenilikler ve kaynaklara hızlı ulaşım yaşlının pozisyonunu giderek düşürmektedir.

2.2. YAŞLILIK EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyadaki bilimsel teknolojik vb. gibi gelişmelerle bağlantılı olarak bireyin yaşam kalitesindeki artışla birlikte ömürde uzamıştır. İstatistiklere bakıldığında dünya genelinde doğum oranları düşmekte insanın yaşama süresi artmaktadır (Tanju ve Hakan 2002). İnsanın istenen hayat vadesinin artması, yirminci yüzyılda ölüm vakalarının azalmasının ve tıbbi alanda sağlanan gelişimin bir neticesidir. 1900'lü yıllarda 65 yaşına erişmiş bir kişinin 11,9 sene daha hayatta kalması tahmin edilirken, 1960 senesinde 65 yaşından sonra tahmin edilen hayatta kalma zamanı 14,4 seneye, 1992'de ise 17,5 seneye yükselmiştir (<http://www.who.int/whosis> (Erişim tarihi: 03.Ekim 2017), Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı). WHO'nun (Dünya Sağlık Örgütü) 1970-2025 seneleri aralığındaki tahminlerine göre olması öngörülen yaşlı birey oranı %22,3 ile 624 milyon olarak tespit edildiği; 2025 senesinde takribî 1,2 milyon kişinin 60 yaş ve üzeri yaşta bulunacağı ve 2050 senesinde ise 2 milyona varacak olan yaşlı nüfusunun %80'inin kalkınmakta olan devletlerde hayatını idame ettireceği ifade edilmektedir. 2002 senesindeki datalara göre kalkınmakta olan devletlerdeki 60 yaş üstü kişi sayısı 400 milyon olduğu bilinirken 2025 senesinde 840 milyona varacak yaşlı bireylerin %70'inin kalkınmakta olan devletlerde bilhassa da Asya kıtasında bulunacağı tahmin edilmektedir (WHO 2002).

2.2.1. Dünyada Yaşlı Nüfus

Dünya nüfusunun ilerleyiş kademeleri nazara alındığında ilk etapta doğum ve ölüm oranlarının yüksek olduğu gözükmektedir. Akabindeki müddette yüksek doğum oranları sürmekle beraber ölüm oranları düşmüş, 20. yüzyılın ikinci yarısından başlayarak ise dünya popülasyonu düşük doğum oranı ve düşük ölümlülük olarak tanımlanan bir “demografik yaşlanma” eğiliminin dâhiline intibak etmiştir. Antik Çağ’da her 100 kişiden yalnızca bir tanesi 60 yaşına kadar yaşayabilirken, Roma imparatorluğunda savaştının ortalama 22 yıl yaşadığı bilinmektedir. 20. yy ilk dönemlerine değin dünyadaki devletlerin hiç birinde kişinin uzun bir hayat yaşayabilmesi maksadıyla olması gereken koşulların sağlanmadığı deklare edilmektedir. Bu zaman diliminde Avrupa’da ortalama bir kişinin yaşamı elli sene olduğu kişilerin çoğunlukla genç yaşlarda yaşamlarını yitirdikleri görülmekte olup sağlıklı koşullarda hayatlarını idame ettirip uzun bir ömre sadece devlet görevlileri, imparatorlar, bilginler ve üst düzey askeri yetkililerin sahip oldukları belirtilmektedir (Kutsal, 2007). Dünyanın kalkınmış ve kalkınmakta olan bölgelerinde şehir nüfusun genel nüfustan daha çabuk arttığı belirtilmektedir. Göç sebebiyle yaş ve cins fraksiyonlarının kır-şehir başka memleketlere göre değişmekle birlikte, yerkürenin her muhitinde şehirlerde daha çok yaşlının hayatını sürdürdüğü tespit edilmiştir (Emiroğlu 1980- 1985). Sosyo-ekonomik açıdan kalkınmış devletlerdeki her 7 kişiden biri 65 yaşın üstünde iken, 2030 senesine ulaşıldığında bu oran her 4 bireyden biri olarak gerçekleşecektir (WHO 2002). Bu durum, yaşlı nüfus için “yaşlıların yaşlanması” olarak adlandırılan bir süreci başlatacaktır (WHO, 2002). Dünya nüfusunun 2016 yılında %8,7’sini yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %31,3 ile Monako, %27,3 ile Japonya ve %21,8 ile Almanya’dır.



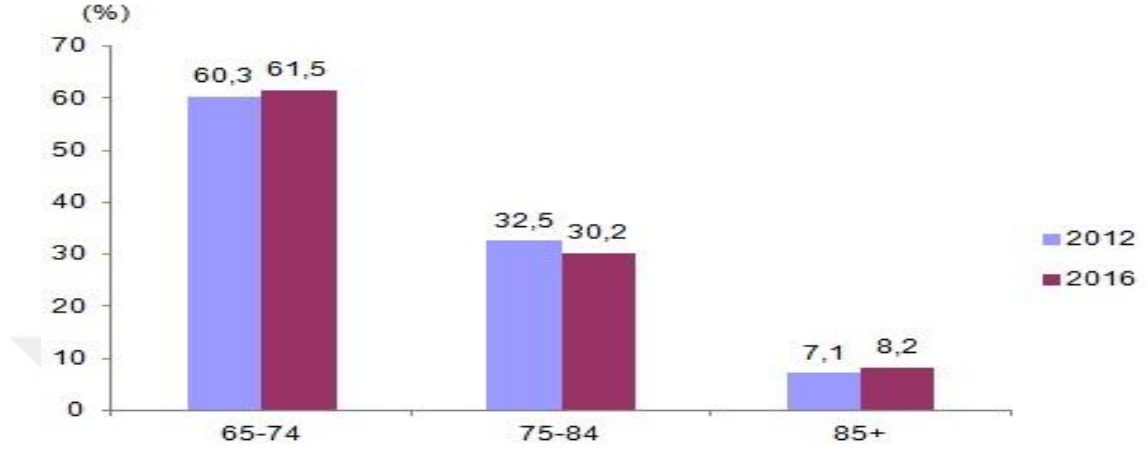
Şekil 1: Dünya Nüfus Piramidi: 2000 ve 2050 (Pison 2013).

Dünya bütününde 1950–2000 seneleri arasında ortalama hayatta kalma miadı 20 sene civarı fazlalaşarak 66 seneye varmıştır. Önümüzdeki 50 sene dâhilinde vasati hayat miadınının 10 sene daha fazlalaşarak 76 seneye çıkacağı düşünülmektedir. Günümüz nazari ile 600 milyon civarında bulunan yaşlanmış insan adetinin 2050 senesinde 2 milyara varacağı ve yaşlanmış insan sayısındaki yükselişin daha çok kalkınmakta olan devletlerde görüleceği varsayılmaktadır (Bilir 2008). DSÖ’ne göre ise 2015 yılında 900 milyon olan 60 yaş üstü kişi sayısının 2050 yılında 2 milyara yükseleceği tahmin edilmektedir. (<https://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/> Erişim Tarihi: 30. Nisan 2019).

2.2.2 Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Yaşlılık üzerine yapılan çalışmalar Türkiye’nin yeni bir nüfus yapısına geçtiğini belirtmektedir. Gelecek müddete dair olarak doğum oranınının düşmesinin bir neticesi olarak çocuk ve genç popülasyonun devir dâhilinde eksilmesi ve yaşlı popülasyonun toplam popülâsyon dahilindeki kotasının yükselmesi tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3’e 2018 yılında %8,8’e yükseldi. (TUİK, 2018). 2023 yılında yaşlı nüfus oranınının %10,2, 2030

yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2050 yılında %20,8, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (TUİK, 2018).



Şekil 2: Türkiye’de Yaşlı Nüfus Oranları (TUİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2012-2016)

Tablo 1: Yaşa ve cinsiyete göre beklenen yaşam süresi, 2015

Yaş	Toplam	Erkek	Kadın
0	78,0	75,3	80,7
15	64,2	61,6	66,9
30	49,7	47,1	52,1
50	30,6	28,3	32,8
60	17,8	16,1	19,4

Kaynak: TUİK, Hayat Tabloları, 2013-2015.

Tablo 1. de Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 ve 2015 seneleri arasındaki yaşa göre beklenen yaşam süreleri oranları görülmektedir.

2.3. YAŞLILIĞA BAĞLI FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

En fazla sağlık problemi yaşayan, sayısı en fazla artan ve bir başkası tarafında sağlanacak bakım hizmetine en çok ihtiyacı olan kesim yaşlı insanlardır. Yaş ilerlemesine bağlı olarak insan organizmasında ve bedensel yapısında bir takım

olumsuz değişikler olmaktadır. Bunlar fizyolojik değişikliklere bağlı olarak diş problemleri, yeme isteğinde azalma, yediklerini sindirememe, absorpsiyonu ve boşaltım problemleri, kabızlık, ishal, aşırı zayıflama, aşırı şişmanlık, ağrı ve hastalıklara meyilli olma gibi sağlık problemleri meydana gelebilmektedir (Esen 2006). Yaşlı bireylerde görülen fizyolojik değişiklikleri insan organizmasındaki sistemler bazında ele almak gerekirse bunlar:

2.3.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Yaşlılık aşaması boyunca, dolaşım sisteminde önlenemez hücresel ve fizyolojik başkalaşımlar doğrultusunda yaşlı bireyde hastalıklar ve ölüm olayının görülme riski yüksek seyretmektedir. Kardiyak işlevler yaşlanma ile birlikte olumsuz doğrultuda etkilenmektedir. Kalp ve damar yapıları özetle dolaşım sistemi organlarının yaşlanması ile birlikte yaşlı bireyde birçok değişiklikler ve bunların akabinde oluşabilecek hastalıklar mevcuttur. Bu değişiklikleri ve hastalıkları listelemek gerekirse (Arulat 2009);

Yaşlı kişilerde kardiyovasküler sistem değişiklikleri

- En yüksek kalp vuruş sayısında düşme.
- En yüksek oksijen absorpsiyonu düşme.
- Fizik g harcancımına bağlı hastanın kaldıracılme gücünde azalma
- Tansiyonda düşme,
- Toplardamarlar esnek yapılarında yitime uğrama (ivi 2000).

Yaşlı hastalarda dolaşım sistemi (kardiyovasküler) başkalaşması neticesi yoğun rastlanılan hastalıklar:

- Kalbi besleyen atardamarlarda görülen hastalıklar.
- Atriyal Fibrilasyon
- Yüksek Tansiyon
- Miyokart Enfarktüsü
- Kalp yetersizliği
- Kalp kapaklarında görülen hastalıklar (Akçay 2012).

2.3.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Yaşlılık aşaması boyunca bireyin bütün vücut yapısında olduğu gibi solunum sistemi organlarında özellikle akciğerlerde de olumsuz etkilenişler söz konusudur. (Yıldırım, Özkahraman ve Ersoy, 2012: 19-23). İnsanın yaşının ilerlemesi ile organlarında yaşlanma söz konusu olduğu için akciğer kapasitesi azalır. Solunum merkezinde oksijen azlığı ve hassasiyette hafifleme sık karşılaşılan olaylardandır.

2.3.3. Sindirim Sistemi Değişiklikleri

Yaşlı bireylerde sindirim sistemindeki değişiklikler genel fonksiyonel yapıda yavaşlama şeklinde kendini gösterir ve çoğu yaşlı hasta bu durumun farkında olmaz. Yemek borusu adalelerinin spazm kuvvetinde azalma olmasına rağmen yutulan yiyeceklerin hareketinde herhangi bir problemle karşılaşmaz. Yaşlı hastanın mide esnekliğindeki azalmaya bağlı tutabildiği yutulmuş besin miktarında da azalma oluşur. Yaşlı hastaların bağırsak peristaltik hareketlerinde de azalma oluşur ve çoğu zaman yaşlı hastalar bu durumu kabız olma durumu ile karıştırırlar (Duranay M 2009).

Gastrointestinal sistem değişiklikleri sonucu yaşlılık döneminde en sık görülen hastalıklar;

- Sindirim sistemi organlarında ülserasyon
- Konstipasyon
- Beslenme bozuklukları (malnutrisyon)
- Mide asidinde ve enzimlerinde azalma
- Tat alma ve dokulardaki alıcı işlevlerinde azalma
- Karaciğerde kan akımında düşüş ve pankreasın buna karşı cevabında azalma
- Besinlerin ağızdaki parçalanmasını sağlayan tükürük ve midedeki parçalanmasını sağlayan diğer enzimlerin devinim hızında yavaşlama, (www.nobelmedicus.com (Erişim Tarihi: 03/10/2017)).

2.3.4. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Yaşın ilerlemesi özellikle yaşlılık döneminde iskelet yapısında değişimler meydana gelmektedir. İskelet biçiminde deformasyonlar yoğun bir biçimde görülmektedir. Omurgada kemik erimesi sebebi ile zedelenmeye endeksli olarak kişinin boyunda kısalma ve kamburlaşma gibi deformasyonlar meydana gelebilir.

Yaşlılıkla beraber insan vücudunda bulunan adalelerde doku yapısında bozulma, incelleme, adale kuvvetinde eksilme meydana gelir. Kemiklerde kalsiyum noksanlığı sebebiyle çözüme meydana gelir ve kemik fraktürüne karşı meyil fazlaşır. (Yaşlılarda Kas-İskelet Sisteminde Değişiklikler, Ulaşım: 05.10.2017). Tüm bu değişimler kişinin anatomik görünüşünün bozulmasına, yürüme ve denge sorunları yaşamasına neden olur. Hareket yeteneğindeki azalma, kamburlaşma ve bel bölgesinde ağrı oluşmasına sebep olur. Yaşlılıkla beraber kas-iskelet sisteminde dejeneratif eklem hastalıkları, osteoporoz, Leğen kemiği kırıkları ve düşmeye bağlı kırıklar, eklemlerde enflamasyon, vb. gibi sağlık problemlerinin görülme sayısında artış olur (Bıyık ve ark. 2002).

2.3.5. Üriner Sistem Değişiklikleri

Yaşın ilerlemesine bağlı kişinin üriner sisteminde en fazla etkilenen organ böbreklerdir. Böbrek büyüklüğünde, böbreklerde kanın süzülüşünü sağlayan glomerüllerde ve glomerüler filtrasyon hızında azalma meydana gelir. Böbreklerin fonksiyonlarını sağlıklı bir şekilde yerine getirememesi sonucu üriner sistem enfeksiyonlarında artış, sıvı elektrolit dengesinde bozulma meydana gelir. Yaşlanmayla birlikte; Üriner sistemde atrofi, mukozalarda kuruluk olur. İdrar torbası hacminde azalma gözlenir. Üreme sistemi işlevleri kayba uğrar ve cinsel aktivite azalır (Yıldırım, Özkahraman ve Ersoy, 2012: 19-23).

2.3.6. Metabolik Sistem Değişiklikleri

Yaşın ilerlemesine bağlı kandaki şeker düzeyini ayarlayan İnsülin'inin etkisi düşer. Bu durumun neticesi olarak Tip2 Diyabet (Şeker Hastalığı) meydana gelir. Bu hastalık vücutta birçok organın olumsuz etkilenmesine sebep olur.

2.3.7. Sinir Sistemi Değişiklikleri

Yaşın ilerlemesine bağlı telafisi imkânsız nöron zayıfatı sebebiyle hareketlerde kısıtlanma başlar, tepki süresi uzar. Tepkime ve hareket sürelerindeki azalma, bireylerin birtakım gündelik işlerini yapmada zorlanmasına neden olur. Bilhassa el ve ayaklarda alıcı (Reseptör) hassasiyetinin azalmasına endeksli olarak ağrıyı algılama, sıcaklığı hissetme, soğukluğu hissetme vb. gibi duylarda yitim meydana gelir. Bu sebeple yaşlı bireylerde yanık vakaları çok sık meydana gelir (Akın 2006.).

2.3.8. Duyusal Fonksiyonlardaki Değişimler

- Beyinin yapısal tabakasında şekerin yeteri kadar kullanılmaması ve şeker zayıfatları, yaşlı bireylerde duylusal manalandırma da azalmalara sebebiyet verir.
- Görme problemleri başlar katarakt vb. gibi hastalıklar meydana gelebilir.
- Kişinin işitme seviyesinde yitimler meydana gelebilir ve duyması zorlaşır.
- Tat alma ve kokuları duyma duylularındaki küçük bir zayıfat kişinin yeme isteğinde değişikliklere yol açar.
- Reseptörlerdeki hassasiyetin düşmesi neticesi sıcaklığı ve soğukluğu hissetme, soğuk, vücudunun herhangi bir bölgesine uygulanacak bir gücü algılayamama ve ağrı algılamaları zorlaşır.
- Yaşlıkta deri esnekliğini yitirir, kurur (Tahir 2005).

2.3.9. Yaşlılıkta Psikososyal Değişiklikler:

Yaşın ilerlemesi ile bireylerde bazı sosyal ve bedensel başkalaşım lar ruhsal problemlerde getirmektedir. Yaşlı kişilerde endişe öfke mutlu olamama gibi aksiyonlar görülebilmektedir (Shephard 2002). Bu tür hastaların birden çok sayıda rahatsızlıkları olabilir. Bu rahatsızlıklarla mücadele süreci sonucunda da kendisi ve kendisine yardım eden yakınları negatif etkilenmektedir. Yaşlı hastalarda paranoid düşünceler, depresyon gibi psikolojik problemler görülebilir.

2.4. AĞRININ TANIMI

Ağrı Türkçe bir kelimedir. “*Divan ü Lügat-it Türk*” adlı ilk sözlüğümüzde (XI. yüzyıl), “*ağrımak*” ve “*ağrığ*” sözcükleri bulunmaktadır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) Ağrıyı şu şekilde tanımlamıştır. “*Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan özel bir duygudur*” (Türk Algoloji Derneği, 2017). Ağrı, muhtemel zarara karşı bedenimizi ikaz etmek üzere uyarı meydana getiren sinir sisteminin yaşamsal işlevlerinden biridir (Merskey H ve Bugduk N 1994).

Ağrı bir başka tanımda “*hastalık, bedensel yaralanma veya organik bozukluğa bağlı rahatsızlık verici bir duygu*” olarak tanımlanmıştır (Reading AE, 1989: 269).

Ağrının algılanmasındaki nöral mekanizma, çevre ve sinir sistemi arasındaki dört aşamadan meydana oluşmaktadır.

2.4.1. Ağrının Sınıflaması

Ağrılar süresine, ortaya çıktığı bölgeye ve hissedilme biçimlerine göre fraksiyonlar halinde incelenmektedir.

Tablo 2: Ağrının Sınıflandırılması

Nörofizyolojik Mekanizma	Süre	Etiyolojik	Bölgesel Ağrı
• Nosiseptif	• Akut	• Kanser Ağrısı	• Baş Ağrısı
✓ Somatik	• Kronik	• Postherpetik Nevralji	• Yüz Ağrısı
✓ Visseral		• Orak Hücre Anemisi	• Bel Ağrısı
• Nöropatik		• Artrit	• Pelvik Ağrı
• Psikojenik			

2.4.1.1. Nörofizyolojik mekanizmalar:

2.4.1.1.1. Nosisseptif ağrı

Hücre zayıfına endeksli olarak vuku bulan ağrılara nosisseptif ağrı olarak tanımlanır. Bu tarzdaki ağrıda ağrının konumu ve nedeni tespit edilmektedir. Tedavide yararlanılan ilaçlar nöropatik ağrıdan başka olarak kullanıldığından ağrı türünün anlaşılması çok büyük önem arz etmektedir (Aydın, 2002) . Serbest sinir uçlarındaki ağrı alıcılarının ikaz edilmesi ile meydana gelir. Ağrı nakleden lifler ile medulla spinalise oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks aracılığı ile ağrı olarak algılanan uyarılar, nosisseptörlerce algılanır. Somatik ve visseral olarak iki bölümde sınıflandırılır. Somatik ağrı somatik afferent liflerle visseral ağrı ise sempatik lifler ile taşınır.

2.4.1.1.2. Somatik ağrı

Somatik ağrılar somatik sinirlerden kaynaklanır ve sinirlerin ekspansiyon alanlarında hissedilir. Bu ağrı şekli ansızın meydana gelen, ağır ve kişi tarafından yeri iyi belirlenip sınırlandırılabilen ağrı şeklindedir (Aydın, O. N. 2002). Kişi ağrıyı şurama batıyor, şuram sızlıyor, şurası zonkluyor şeklinde belirtmektedir. Çoğunlukla kaza ve yaralanmalar neticesinde kişinin ekstremitelelerinde kırıkların, çıkıkların meydana gelmesi ile duyulan ağrı somatik ağrı olarak tanımlanmaktadır (Schaible HG, Richter F. 2004).

2.4.1.1.3. Visseral ağrı

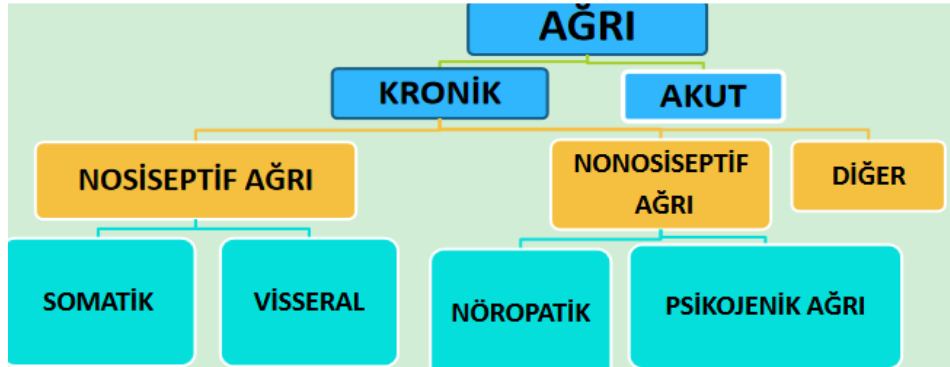
Visseral ağrılar genellikle iç organlardan (vissera) kaynaklanmaktadır. İmpulslar otonom sisteme ait afferent yollarla iletilir. Bağırsaklar, idrar kesesi (mesane) ve rektum gönderilen sinyaller, sakral parasempatik sinirler, yutak, soluk borusu ve yemek borusunun üst bölümünden gönderilen sinyaller ise n. glosso-faringeus ile nervus vagus aracılığı ile ulaştırılır. Diğer iç organların duyu sinirleri ise sempatik sinirler vasıtası ile omuriliğe taşınırlar (Kayhan Esener 1995).

2.4.1.1.4. Psikojenik ağrı

Psikojenik ağrının sebebi ruhsal sebepler, genel tıbbi sebepler veya bunların ikisinin birlikte olduğu durumlar olabilir (Öztürk ve Uluşahin 2008). Psikojenik ağrının ayırt edici en belirgin örneği ağır seyretmesi ve uzun zamanlı olmasıdır. Ağrının başlaması şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik faktörlerin mühim olduğu düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock's 1999).

2.4.1.1.5. Nöropatik ağrı

Nöropatik ağrısı olan bireyler hissettikleri memnuniyetsizliği; uyuşukluk, yanma, cereyan çarpması, gidişme, vücuduna iğne batıyormuş gibi olma ve keçeleşme gibi duygularla tanımlayabilirler (Toftagen C. ve ark. 2011). “Hastalar nöropatik ağrıyı yanma, kemirme, acıma, vurma, saplanma, batma, elektrik çarpması gibi tarif etmektedir” (Başkent Üniversitesi, Sağlık Rehberi, Erişim Tarihi: 23 Eylül,2017). Toplumda görülen nöropatik ağrı sebebi diyabettir. Uzun Süreli nöropatik ağrı durumu yaşayan hastalarda uyku düzeninin bozulması ve uyuyamama, toplumsal yaşamdaki işlevlerinin bozulması ve kişide asabi bir ruh hali akabinde depresyona neden olabilmektedir.



Şekil 3: Ağrı Tipleri (http://www.phd.org.tr/19kongresunum/asuman_dogan.pdf) (Erişim tarihi:30 Eylül 2017)

2.4.1.2. Ağrının Başlama Süresine Göre Sınıflaması

Ağrının başlama süresine göre akut ağrı yani ani başlayan ağrı ve kronik ağrı süregelen ağrı olarak sınıflandırılmaktadır.

2.4.1.2.1. Akut ağrı

Bireyin bir kaza sonucu yaralanması, herhangi bir ameliyat girişimi, enfeksiyon neticesinde birden meydana gelen doku harabiyeti ile kendini gösterip dokunun iyileşme aşaması ile giderek şiddetinin azaltan ağrı çeşididir. Bu ağrının karakterize özelliği “*batıcı, lokalize ve keskin tipte*” hissedilmesidir (Erdine 2005).

2.4.1.2.2. Kronik ağrı

Kronik ağrı çoğunlukla kişide altı aydan fazla süre gelen ağrı türüdür. Kronik ağrılar kişinin yaşantısında ve konforunda düşüşe neden olmakta ve kişinin bu ağrılardan kurtulabilme adına verdiği uğraşlar ve başvurduğu tedavi hizmetleri nedeniyle sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (Tütüncü 2011). Kronik ağrılarda uygulanan doğru tedavi metotları neticesinde kişi günlük hayattaki işlevselliğini çoğu zaman yeniden elde edebilmektedir.

2.4.2. Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Ağrının tanımlanmasında kullanılan ölçekleri tek boyutlu ağrı ölçekleri ve çok boyutlu ağrı ölçekleri olarak kategorize edilmektedir.

Tablo 3: Ağrı Ölçekleri

Tek Boyutlu Ağrı Ölçekleri	Çok Boyutlu Ağrı Ölçekleri
<ul style="list-style-type: none">• Sözel Kategori Ölçeği• Sayısal Ölçekler• Görsel Kıyaslama Ölçeği• Burford Ağrı Termometresi (BAT)	<ul style="list-style-type: none">• Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu• Dartmount Ağrı Soru Formu• West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi• Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı• Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi• Ağrı Algılama Profili• Davranış Modelleri,

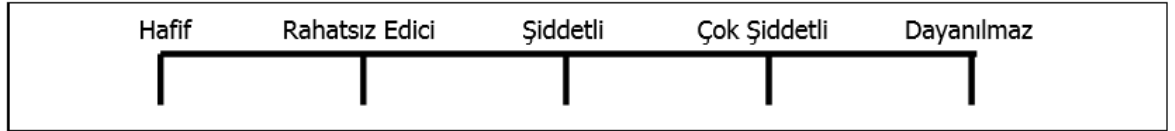
Kaynak: (Pasero ve McCaffery 1996).

2.4.2.1 Tek Boyutlu Ağrı Ölçekleri

Tek boyutlu ölçeklerde amaç direkt ağrının şiddetini ölçmektir. Bu ölçeklerde kişi kendisi değerlendirmede bulunmaktadır. Günümüzde bilhassa akut ağrının ölçülmesinde, diğer taraftan gerçekleştirilen ağrı tedavisinin aktifliğinin takip edilmesinde kullanılmaktadırlar. Tek boyutlu ağrı ölçekleri; “*sözel kategori ölçeği, Sayısal Ölçekler, Görsel Kıyaslama Ölçeği Burford Ağrı Termometresi (BAT)*” olarak sınıflandırılmıştır. Bu ölçekleri sırasıyla ele alacak olursak;

2.4.2.1.1.Sözel kategori ölçeği

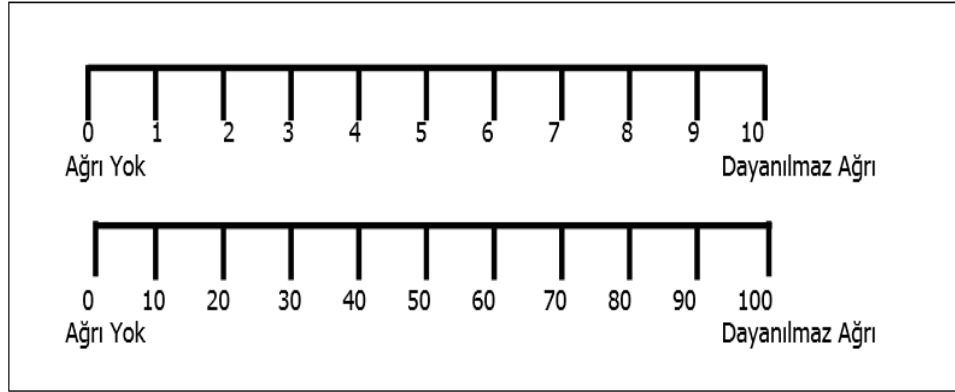
Sözel kategori ölçeği özü itibari ile hastanın yaşadığı veya hissettiği ağrıyı ifade edebilmek için en münasip sözcüğü demesine dayanır. Ağrı için yapılacak bu skorlama şekil.4’te de görüldüğü gibi hafiften başlayıp rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz şeklinde sıralanır. Hastaya hissettiğin ağrı nasıl sorusu sorulduğunda bu seçeneklerden biri ile ifade eder. Sözel kategori ölçeğinin diğer ağrı ölçeklerine göre üstünlüğü sade bir şekilde gerçekleştirilebilmesi ve tasnifi kolay olmasıdır.



Şekil 4: Sözel Kategori Ölçeği

2.4.2.1.2.Sayısal ölçekler

Ağrının durumunun saptanmasına yönelik bu ölçek sözel kategori ölçeğine bir benzer sayılabilecek hastanın ağrısını rakamlarla ifade etmesi mantığına dayanır.

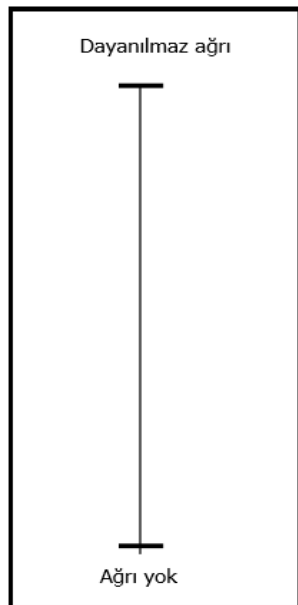


Şekil 5: Sayısal Ölçekler (Black ve Matassarini 1993, Tulunay ve Tulunay 2000)

Sayısal ölçeklerde kişinin ağrısının yokluğu hali 0 varsayılır ve karşı çıkılmaz seviyede ki ağrı düzeyine dek yükselir. Detaylı biçimde şekil 5' de görülmektedir.

2.4.2.1.3. Görsel kıyaslama ölçeği

Hastanın ağrısını değerlendirmede cetvel kullanılan ağrı ölçeği metodudur. Ağrıyı değerlendirecek kişi 10 cm lik bir cetvel alır ve hastaya duymuş olduğu ağrıyı cetvel üzerinde işaretlemesini ister. Şekil 1 dede görüldüğü üzere cetvelin sıfır noktası ağrı yoklunu tepe noktası yani 10. cm olan seviyesi dayanılmaz ağrıyı ifade eder. Hastaya ağrı seviyesini işaretlemeyen önce ayrıntılı bilgilendirme yapılır ve ağrı seviyesinin işaretlemesinde hasta serbest bırakılır.



Şekil 6: Görsel Kıyaslama Ölçeği

Beş yaşından daha büyük hastaların görsel kıyaslama ölçeğini daha basit ve kolaylıkla uygulanabilir bulduğu tespit edilmiştir (Collins ve ark. 1997).

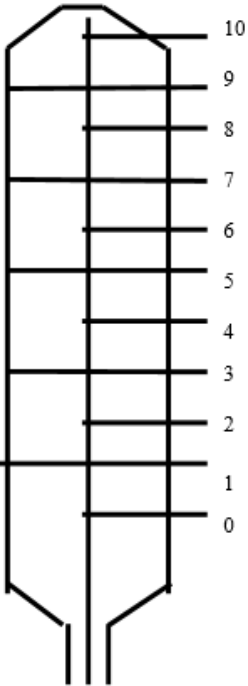
2.4.2.1.4. Burford Ağrı termometresi

Bu ağrı değerlendirme ölçeği Türkiye’de yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü anlatımı içerir. Bu bağlamda; 0-1 ağrının yokluğunu, 2-3 zayıf derecedeki ağrıyı, 4-5 hastayı rahatsız edici ağrıyı, 6-7 şiddetli ağrıyı, 8-9 çok şiddetli, 10 ise karşı çıkılamaz derecede olan ağrıyı belirtmektedir.

Burford Ağrı Termometresi

İsim:

Kullanım: Ağrınızı en iyi tanımlayan rakamın karşısına "x" işareti koyunuz.



Tarih					
Saat					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
Analjezik: zamanı, ismi, dozu, veriliş yolu					
Ağrının yeri					
Hemşirenin yorumu					
Hastanın yorumu *					

* Yürüme, uyku, banyo, yeme ve içme gibi aktivitelerle ağrı ilişkisini içerebilir.

Şekil 7: Burford Ağrı Termometresi

2.4.2.2. Çok Boyutlu Ağrı Ölçekleri

Ağrının karmaşık yapısını belirtmede ve sınırlarının çizmede tek boyutlu ağrı ölçekleri yetersiz kalmaktadırlar. Bir takım araştırmacılar tek boyutlu ağrı ölçeklerindeki bu yetersizliği telafi edebilmek amacıyla çok boyutlu ağrı ölçekleri geliştirilmesi üzerinde çalışmalar yapmışlardır (Feldt 2000). Bu ölçeklerin ani başlayan ağrılarda kullanımı çok da uygun bulunmamaktadır. Çünkü değerlendirme süresinin çok uzun sürmesi ve tek boyutlu ölçeklere göre anlaşılabilmesinin daha zor olmasıdır. Çok boyutlu ağrı ölçekleri kronik ağrıların tüm boyutları ile değerlendirilebilmesinde daha uygun bulunmaktadır.

2.4.2.2.1. Mc gill melzack ağrı soru formu

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu 1971 senesinde Melzack ve Targerson tarafından geliştirilmiş olup dünya genelinde yüzlerce araştırmada kullanım olanağı bulmuştur (Melzack, R. Katz, J. 1992: 152- 168). Bu ağrı soru formu dört kısımdan oluşmaktadır. Formun giriş kısmında hastanın demografik bilgileri, herhangi bir ağrı kesici (analjezik) ilaç kullanıyorsa kullandığı ilaca ait dozu verilmiş şekli vb. gibi bilgiler, hastanın maruz kaldığı ağrının yeri özellikleri süresi gibi veriler yer almaktadır.

MEGİLL-MELZACK		II. BÖLÜM: AĞRININ ÖZELLİKLERİ			
AĞRI SORU FORMU		Aşağıdaki kelimelerin başları şu anda ağrıyı tanımlamaktadır. Sadece ağrınız en iyi tanımlayan kelimeleri dekle işine sınırlı uygun gelmeyenler seçiniz. Her grupta uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz			
Hastanın Adı:		1	5	11	17
Yaş:		Pin sırt ağrı	Çökümlü	Yoruldu	Tıyılan
Doğum Tarihi:		Tırtık	Sırt ağrı	Tıkkatlı	Değil
Klinik Durum:		Çarpın	Sarımsak	12	İşlenen
Tarih:		İzlenim	7	Tıkkatlı	Dolan
Amacı (Şeyt verim):		Vurdu	Sızdıran	13	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Sızdıran	Sızdıran	14
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	15	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	16	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	17	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	18	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	19	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	20	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	21	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	22	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	23	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	24	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	25	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	26	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	27	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	28	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	29	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	30	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	31	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	32	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	33	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	34	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	35	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	36	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	37	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	38	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	39	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	40	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	41	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	42	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	43	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	44	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	45	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	46	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	47	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	48	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	49	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	50	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	51	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	52	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	53	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	54	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	55	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	56	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	57	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	58	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	59	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	60	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	61	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	62	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	63	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	64	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	65	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	66	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	67	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	68	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	69	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	70	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	71	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	72	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	73	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	74	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	75	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	76	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	77	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	78	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	79	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	80	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	81	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	82	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	83	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	84	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	85	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	86	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	87	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	88	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	89	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	90	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	91	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	92	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	93	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	94	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	95	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	96	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	97	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	98	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	99	Sızdıran
İ. Tabii:		Öven	Yakıcı	100	Sızdıran

Şekil 8: Mc Gill-Melzack Ağrı Soru Formu (Melzack ve Katz 1992)

Birinci Bölüm: Bu kısımda kişiye ağrısının bölgesini vücut şeması üzerinde belirtmesi ve ağrı derinden geliyorsa "D", vücut yüzeyinde ise "Y", hem derinde hem de yüzeyde ise "DY" harfleri ile göstermesi istenir. Literatürde kişilerin %62-66'sının tek bir bölgede, %17'sinin iki ayrı bölgede, %9-13'ünün ise üç ayrı bölgede ağrı belirttikleri görülmektedir (Eti-Aslan, 2002).

İkinci Bölüm: Bu kısımda ağrıyı hissel, sezgisel ve puanlama açısından inceleyen 20 grup sözcük kümesi bulunur. Her grup ağrıyı farklı tarafları ile nitelendiren 2-6 sözcükten meydana gelir. Kişinin ağrısına denk gelen sözcük grubunu ayırt etmesi ve ayırt ettiği grubun dâhilinde ağrısına en münasip sözcüğü işaretlemesi istenir. MASF'nun ikinci kısmında bulunan 20 sözcük grubunun birinci 10'u ağrının hissi biçimini, müteakip beş grup sezgisel boyutunu, 16. grup ise puanlamayı kapsar. En sona kalan dört grup ağrının muhtelif taraflarını belirten sözcüklerden meydana gelir (Eti-Aslan, 2002).

Üçüncü Bölüm: Bu kısımda ağrının süre ile bağlantısı bulunur. Ağrının devamlılığı, yoğunluğu, ağrıyı fazlalaştıran/hafifleten etkenleri ölçmeye dair sözcük kümeleri bulunur (Eti-Aslan, 2002).

Dördüncü Bölüm: Bu kısımda da ağrı gücünü ortaya koymaya dair “hafif” ağrı ile “dayanılmaz” ağrı arasında farklılaşan beş sözcük kümesi; diğer taraftan “yaşanabilir= hedef ağrı” olarak da nitelenen ve kişinin kabullenebileceği ya da rahat bir şekilde hayatını sürdürebileceği ağrının kuvvetini (şiddet) ölçmeye dair altı soru bulunmaktadır. McGill Melzack Ağrı Soru Formu’ndan faydalanılarak yapılan ölçümde; ağrının bölgesi süreyle alakası, ağrının gücü kişide meydana getirdiği duygu ve kişi için hayatını sorunsuz devam ettirebilir ağrı tespit edilir. Neticede, ağrının bireye özgü bir his olduğu ve ağrıyı en net şekilde yine kişinin kendisinin vasıflandırabileceği dikkatten kaçmamalıdır. Bu bilgiler nazarında hasta için kullanılacak ağrı ölçekleri ağrının hafifletilmesi veya ortadan kaldırılması için, kişiden kişiye personelden personel değişebilecek anlam karmaşasına neden olabilecek yorumlara meyil verilmemesi için ve zamandan ve ekonomik israfın engellenebilmesi için çok önemli olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Eti-Aslan, 2002).

2.5. YAŞLIDA AĞRI

Yaşlı bireyde ağrı tedavisinde maksat daima ağrının tümüyle durdurulmasından ziyade, gündelik hayattaki etkinliklerini ve yaşam kalitesini artıracak seviyede ağrının hafifletilmesidir. Yapılan çalışmalarda (Demir, Ünsal, Arslan ve Çoban, 2013) yaşlanma ile beraber ağrı şikâyetlerinde fazlalaşmanın görüldüğü belirtilmiştir.

2.5.1. Yaşlıda Ağrının Sınıflandırılması

Yaşlılarda ağrının sınıflandırılması aşağıdaki gibidir:

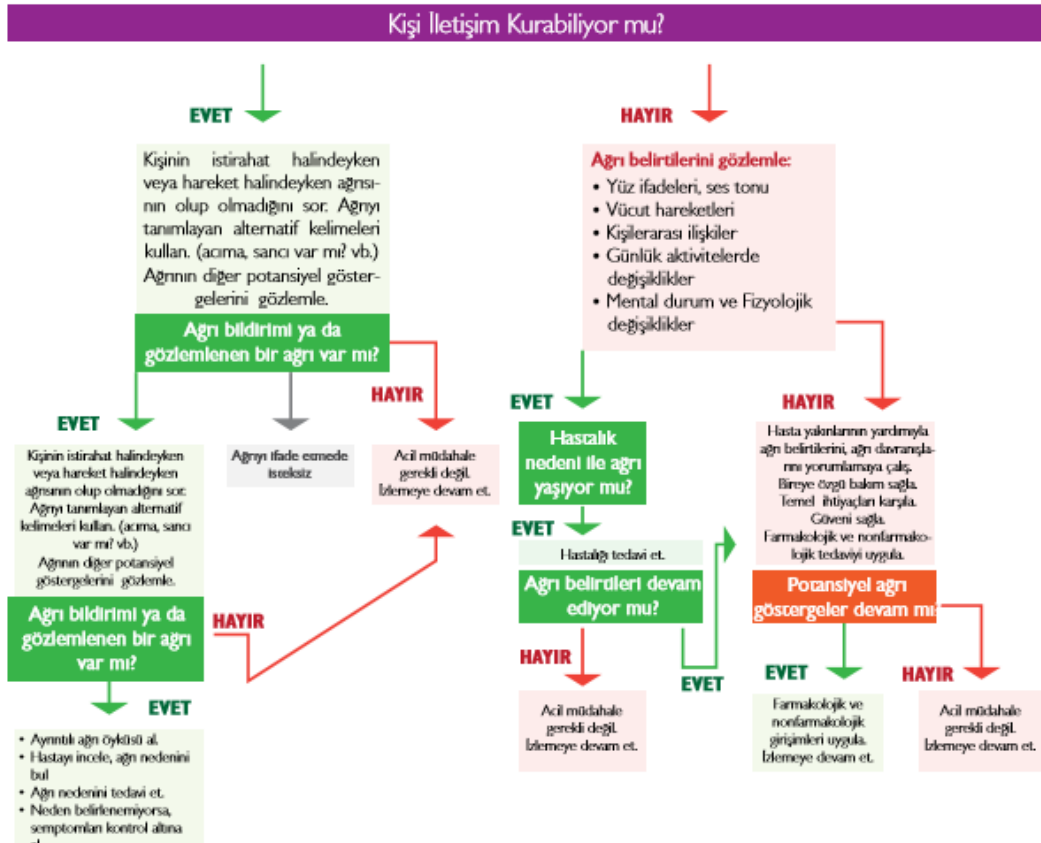
- 1. Damarsal kökenli ağrılar**
 - a. Otoimmün-bağışıklık ile alakalı hastalıklar**
 - b. Körlük**

- c. Gangren
 - d. Dokularda beslenme bozukluğu yapan hastalıklar
 - i. Anjina pektoris daha bilindik ismi ile Miyokard Enfarktüsü (kalp damarlarında daralmaya sonucu oluşan göğüs ağrısı)
 - ii. Bacak atar damar hastalıkları (Gangren)
 - iii. Toplardamar tıkanıklıkları (derin ven trombozu, pulmoner emboli)
2. Nörojenik kökenli ağrılar
- a. Bel fitıkları gibi sinir kökü irritasyonlarına bağlı oluşan ağrılar,
 - b. Uyuşmalar gibi periferik nöropatiler
 - c. Zona hastalığı gibi postherpetik nevraljiler,
 - d. Talamik hastalık tablosu (Serebrovasküler olay sonrası)
3. Kemik kaynaklı ağrılar;
- a. Kırklar,
 - b. Osteoporoz,
 - c. Paget hastalığı vb. gibi durumlarda ortaya çıkan kaynağı kemik olan ağrılardır.
4. Eklem kaynaklı ağrılar
- a. Osteoartroz,
 - b. Boyun ve bel bölgesindeki omurlarının bozulması ve buna ilişik olarak meydana gelen omurilik ve sinir köklerinin çıktığı kanalın ensizliği.
5. Kas kaynaklı ağrılar
- a. İltihabi kas romatizmaları,
 - b. Hastalıklara veya ilaçlara bağlı kas problemleri,
 - c. Yumuşak doku romatizmaları,
 - d. Hareket etmeme nedenli kas ve tendon çekmeleri.
6. İç organ (Visseral) kaynaklı ağrılar
- a. Ülser,
 - b. İç organ fitıkları,
 - c. Safra kesesi taşı,
 - d. Sindirim kanalındaki mukoza fitıkları,
 - e. Spastik kolon,

- f. konstipasyon,
- g. Basur sebepli ağrılardır.

2.5.2. Yaşlı Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi

Yaşlı hastalarda ağrıyı değerlendirebilmek genç hastalara göre daha zordur. Çünkü yaşlı hastalarda unutkanlık, sahip oldukları hastalık çeşitliliğinin daha fazla olması, yaşlı bireylerde görülen derin üzüntü, kaygı ve depresyon halinin var olması vb. gibi nedenlerle ağrının değerlendirilebilme aşaması zor ve dikkat isteyen bir süreç haline gelebilmektedir. Ağrının ciddi biçimde değerlendirilmesi, ağrı odağının tespit edilmesi ve en münasip tedavinin programlanması için koşuldur. Yaşlı insanlarda çoğunlukla eklemlerde, bacaklarda ve ayaklarda müzmin ağrı mevcuttur (Helme ve ark. 1999).



Şekil 9: Yaşlı bireyde ağrı değerlendirmesi için algoritma (British Geriatrics Society,2014)

Yaşlı hastaların tanımladığı ağrının var olan sağlık problemlerinin neticesi olmayıp, yeni oluşan bir ağrı odağı olabileceği dikkatten kaçmamalıdır (Gagliese ve Melzack

2006). Yaşlı hastalarda ağrının değerlendirilmesinde meydana gelen en ciddi problem ağrının kişinin değişken ve yorumuna dayalı olmasıdır. Yaşlı hastalarda en iyi ağrı değerlendirme birden çok branşın bir arada bulunması ve değerlendirilmesi ve ağrı algoritması (Şekil 9) kullanımıyla sağlanır (Gibson ve ark. 1996).

Ağrının değerlendirilmesinde planlama yapılırken göz önünde bulundurulması gereken bazı faktörler vardır. Bu faktörleri sırasıyla incelemekte fayda bulunmaktadır.

Yaşlı Hastada Görülen Ağrının Yeri: Yaşlı bireylerde geçirdikleri bir ameliyat daha küçük seviyede bir cerrahi girişim veya yıllardır süregelen hastalıkları sebebiyle ağrı hissedebilirler. Bu ağrılar bir bölgede olabilirken birden çok sayıda bölgede de olabilir. Ağrının yerinin en doğru şekilde tespit edilmesi büyük önem arz eder. Ağrının yerinin tespit edilmesinde vücut şeması kullanılabilir ve hastadan kendisini en fazla rahatsız eden ağrının bölgesinin göstermesi istenir (Öztürk ve Karan, 2009).

Yaşlı Hastada Görülen Ağrının Şiddeti: Yaşlı hastalarda ani başlayan ağrının şiddet seviyesinin belirlenmesinde en fazla yararlanılan iki ağrı ölçeği bulunmaktadır. Bunlar Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Sayısal ve Basit Tanımlayıcı Ölçek' tir. Görsel Kıyaslama Ölçeğinden faydalanırken meydana gelen kusurların hastanın yaşı ile doğru orantılı olarak arttığı, gene 75 yaş ve 75 yaşından daha fazla olan yaş grubundaki yaşlı hastaların ekseriyetinin Görsel Kıyaslama Ölçeği ve Sayısal Ölçek kullanımına bağdaşımında bulunamadıkları ifade edilmektedir (Cline ve ark. 1992).

Yaşlı Hastada Görülen Ağrının Niteliği ve Dile Getirme Yolu: Yaşlı hastalarda ağrının niteliğini tespit etmede dikkat edilmesi gereken en önemli hususlardan biri hastanın ağrıyı belirtmede kullandığı durumlar ve sözcüklerdir. Zira bu sözcükler kişiden kişiye kültürden kültüre farklılıklar gösterebilir. Yaşlı bireylerin büyük bir bölümünde bunama, hafıza kaybı gibi durumlarında mevcudiyeti göz önünde bulundurulmalıdır. Bu konuda yaşlı hastanın kendi ailesinden de yardım almanın faydalı olacağı aşikârdır. Yaşlı hastanın ağrısının niteliği tespit edilirken evde

sergilediği tavır ve davranışlar jest ve mimik hareketleri gibi birçok faktöre dikkat edilmesi gerektiği akıldta tutulmalıdır (Öztürk ve Karan, 2009).

Yaşlı Hastada Görülen Ağrıyı Neler Giderir: Yaşlı hastanın ağrısını gidermede toplumda yaygın olan ağrı giderme metotlarına başvurup başvurmadığı iyi sorgulanmalıdır (Öztürk ve Karan, 2009).

Yaşlı Hastada Görülen Ağrıyı Arttıran / Azaltan Faktörler: Yaşlı hastalarda görülen özellikle ani başlayan ağrıları azaltan ve artıran faktörler iyi irdelenmeli buna yönelik çözüm yollarının planlaması yapılmalıdır (Öztürk ve Karan, 2009).

2.5.3. Yaşlılarda Ağrının Değerlendirilmesini, Tanısını ve Tedavisini Engelleyen Nedenler

Yaşlılarda ağrının değerlendirilmesini tanı konulmasını ve tanı konulduktan sonra tedavi sürecini engelleyen faktörleri üç ana kategoride tasnif edilebilir. Bunlar; bedensel (fizyolojik) değişikliklere bağlı nedenler, hukuki düzenlemeler ve sağlıkla ilgili politikaların etki etki nedenler ve son olarak ta öğrenim (eğitim) ve davranışa bağlı değişikliklerden oluşan problemlerin oluşturduğu nedenlerdir (Tavşanlı, Özçelik, Karadakovan, 2013).

Yaşlılıkla beraber meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı nedenler:

Yaşlılıkla beraber meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı nedenleri maddeler halinde belirtmek gerekirse;

1. Yaşlı hastada çok sayıda sağlık probleminin birlikte görülmesi,
2. Hastanın yaşının ilerlemesine bağlı görme yetisindeki azalma nedeniyle görsel idrake dayalı oluşturulan ağrı ölçeklerinden faydalanılamaması,
3. Akli yapıdaki problemler, duyma yetisindeki azalmaya dayalı problemler,
4. Yazılı içerikleri anlamlandırma yeteneğinde azalma ve sınırlanma,
5. Uygulanan tedavi metodu ve kullanılan ilaçlara karşı oluşabilecek yan tesirlere karşı hassasiyetin fazlalaşmasıdır.

Eğitim ve davranışsal değişikliklere bağlı engellerden kaynaklanan nedenler:

1. Ağrı karşısında dayanma seviyesinin kişiden kişiye farklılık ihtiva etmesi,
2. Yaşlı hastanın ağrının gözle görülebilir belirti vermemesi,
3. Ağrıyı değerlendirecek görevlilerin ağrının değerlendirilebilmesine dair bilgi seviyelerinin ve yeteneklerinin yeterli düzeyde olmaması,
4. Hastanın dini inanışlarının etkileri,

5. Kişide yapılacak tedavi sonucunda bağımlı olma ve tedaviyi kaldıramama korkusu,
6. Yaşlı hastanın ağrı ifadesini kullanmaması, ağrı ifade edememesi,

Hukuki düzenlemeler ve sağlık ile alakalı politikalarının etki ettiği nedenler:

1. İlaç harici metotların sağlık görevlileri tarafından tatbik edilmesine dair değişik uygulamalar,
2. Yaşlı hastanın veya yakınlarının ağrının değerlendirilmesinde başvuru metotlarına yönelik duydukları çekince ve panik,
3. Opioid kullanılmasını sınırlandıran hukuki prosedürler,
4. Finansal destek ve harcamaların geri verilmesi ile alakalı problemler,

2.5.4. Yaşlılarda Görülen Ağrı Davranışları

Yaşlılarda görülen Ağrıyı gösterme davranışları genel olarak aşağıdaki gibi tasnif edilebilir :

Ağrı çeken yaşlı hastanın yüz ifadeleri ile görülen davranışlar

- Tasalı bir yüz hali ve görünüm
- Yüzünü kırıştırması
- Ağzını kenetleme
- Kızgınlık ifadesi
- Alın kısmını kırıştırması

Ağrı çeken yaşlı hastanın sözel olarak gösterdiği davranışlar

- Sözel olarak ağrısını dindirecek ağrı kesici ilaç sorması bu konuda yardım talep etmesi.
- Kendini sorgulaması bu duruma düşenin neden kendisi olduğunu sorması
- Ahlamak (iç çekmek)
- İnlemesi
- Çığlık atması, bağırması
- Ağlaması

Ağrı çeken yaşlı hastanın vücut hareketlerinde görülen davranışlar

- İhtiyatlı, kendini koruyarak harekette bulunma,

- Normal yürüme şeklinde değişiklik
- Vücut kütleini bir yana vermesi
- Aheste harekette bulunma
- Yürürken sendeleme aksama
- Dinlenme ve yatma dönemlerinde fazlalaşma
- Gündelik yaptığı işlerde şaşırtıcı değişim

Diğer

- Birden meydana gelen çok konuşma paranoyak düşünceler gibi konfüze hal
- Öfke, Kızgınlık içeren ruh hali (Agit, 2013).

2.5.5. Yaşlıda Ağrı Yönetimi

2.5.5.1. Yaşlıda Ağrı Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler

Yaşlı hastalarda yan etki profili minimum seviyede bulunan analjezik ilaçlar tercih edilmelidir. Yaşlı hastalarda doz artırılması ya da ilaç farklılaştırılması esnasında daha özenli izlem gerekir. Bu sebeple uygun analjezik ilaç tercihinde, ilacın farmakolojik özellikleri, ağrının şiddeti ve hastanın psikososyal özellikleri göz dikkate alınmalıdır (Özel, Yıldırım ve Fadiloğlu, 2014). Ağrı tedavisinde yararlanılan ilaçlar: opiyoid dışı ağrıkesen ilaçlar, opiyoid türü ağrıkesen ilaçlar ve adjuvan (yardımcı) ilaçlar olarak üç kategoride gruplandırılabilir.

2.5.5.2 Yaşlıda Ağrı Yönetiminde Kullanılabilecek Yöntemler

Yaşlıda ağrıya yönelik uygulamalar;

- Yaşlı bireyin görme ve duymaya destek olabilecek ekipman kullanabileceği akılda tutulmalı,
- Hasta ile usul, net ve kâfi derecede yüksek sesle diyalogda bulunulmalı,
- Yaşlıya özel ağrı denetim planı oluşturulmalı,
- Ağrı denetim planına yaşlı bireyin ailesi de dahil edilmeli,
- Yaşlı hastanın daha evvel ki ağrı tecrübelerinde ağrıyı azaltmak amacıyla yaşlının neler kullandığı veya nasıl bir eylemde bulunduğu bilinmeli,
- Operasyon geçirmiş yaşlı hastalarda yapılan muamelelerin ağrılı olduğu, dindirilmeyen ağrının ise nekahet prosesini negatif doğrultuda etkilediği akıldan çıkarılmamalı,

- Ağrıyı puanlamak ve kıymetlendirebilmek amacıyla detaylı görsel ölçeklerden faydalanılmalı,
- Yaşlı hastaya, malumatı olmadığı bakım ve tedavi ekipmanları tanıtılmalı,
- Yaşlı hasta ve hastanın aile bireyleri veya yakınlarına analjezikler kullanımı, etki, yan etki ve doz aşımı konusunda bilgilendirme yapılarak rahatlaması sağlanmalı (Özel, Yıldırım ve Fadiloğlu, 2014).

2.5.5.3. Yaşlıda Ağrı Yönetiminde Diğer Teknikler

Akupunktur: Yüzyıllarca sene evvel ilk olarak Çin’de uygulanmaya başlamıştır ve yakın zamanda geniş çapta uygulama alanı bulmuştur. Vücutta belli odaklara iğne sokarak bir grup sağlık problemlerini tedavi etme yöntemidir. Akupunktur işleminin ağrıdan kurtarma işlevi yoruma açık olup faydası net bir şekilde ispatlanmamıştır. Akupunkturun, endorfin hormonunun salgılanmasını ikaz ettiği öne sürülmektedir. Bu teknik kafa, bel, boyun, eklemler, diş ağrılarında ve çok sayıda sağlık probleminin iyileştirilmesinde uygulama alanı bulmaktadır (Sezen 2002).

Plasebo: Ağrının denetim altına alınamadığı hâllerde kişinin ağrıyla mücadele kudretini fazlalaştırmak maksadıyla verilen tıbbi ilaç niteliği taşımayan elementlerdir. En fazla ruhsal nedenli ağrılarda başvurulur. Plasebo verilen hastaların %30 ile %70’inin az vadeli olarak ağrısının dindiğini ifade etmektedirler. Plasebonun ağrıyı, endojen opioid sistemleri ikaz ederek durdurduğu varsayılmaktadır (Black, Howks, and Knee 2001).

Cerrahi Tedavi Metotları: Cerrahi tedavi metotları, ağrının tıbbi ilaçlarla ve ilaç harici metotlarla denetim altında tutulamadığı, faydasız olduğu boyutlarda başvurulur. Ağrıda cerrahi tedavi, Santral sinir sistemine (MSS) varan ağrı kanallarının birtakım alanlarda durdurulmasını kapsar. Fakat cerrahi tedavi ağrı tedavisinden en son uygulanmaktadır (Loeser 2001).

Sinir Blokları: Bu ağrı tedavi metodu ağrının tedavisinde çok mühim merciye haizdir. Sinir iletiminde uzun süreli veya kalıcı kesinti uygulamak amacıyla kimyasal ajanlar ya da fiziksel uygulamalarla yapılan girişimlerdir. Sinir bloklarına, tedavi

maksadıyla olduğu kadar teşhis ve hastalık tablosunun hali hazırdaki durumunu tespit etmek maksadıyla başvurulmaktadır (Black, Howks, and Knee 2001).

2.5.6. Ağrısı Olan Yaşlıda Hemşirenin Rolü

Hemşireler, toplumsal yapıda hayatını idame ettiren yaşlı bireylere bakım sağlanmasında ve dayanaklarının aksiyona geçirilmesinde en başta yer alan ve etkin katkısı olacak sağlık personelleridir (Aksüllü 2001). Ağrısı olan yaşlı bireyler; bilinç düzeyindeki azalma, ağrı ile ilgi sorulara verdikleri yanıtlar ve birden fazla sağlık problemine sahip olmaları nedeniyle yaşlılarda ağrının şiddeti, bölgesi ve ağrının kalitesini saptamakta problemler yaşanabilir. Bu nedenlere istinaden yaşlı bireylerde ağrı değerlendirilmesiyle ve ağrısı olan yaşlı bireye yaklaşımda hemşirenin üstleneceği rol büyük önem arz etmektedir. Ağrısı olan yaşlı bireylerde hemşirenin üstleneceği rol iki ana başlık altında sınıflandırılabilir. Bunlardan birincisi ağrının değerlendirilme aşamasında hemşirenin üstleneceği rol ikincisi ağrının tedavisi ve bakımında hemşirenin üstlendiği roldür.

1. Ağrının Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü:

- Ağrısı olan birey ve ailesi ile itimat bağı sağlanır (Kennedy Nkhoma and Arthur 2013).
- Ağrının düzenli değerlendirilmesi yapılır.
- Ağrının konumu, çeşidi, yoğunluğu, devamlılığı gibi özellikler; ağrıyı çoğaltan ve hafifleten etkenler incelenirken yaşlı hastaya uygun ölçeklerden faydalanılır. Bununla birlikte hastanın ağrıya dair sözlü gerçekleşmeyen hal ve hareketleri de özenli bir şekilde izlenir (Kutlutürkan ve Bedük 2010).
- Sözlü olarak hâlini belirtemeyen, şuur seviyesinde eksiklik veya muhabere problemi bulunan yaşlı insanlarda sözlü ifade edilemeyen eylemler puanlanır.

2. Ağrı Tedavisi ve Bakımında Hemşirenin Rolü:

Yaşlı bireylerde ağrının denetim altında tutulması için tıbbi ilaçlar ve tıbbi ilaçlar dışındaki metotlardan beraber faydalanılmalıdır. Yaşlılık kişiyi analjezik ilaçların olumsuz etkilemelerine karşı daha hassas şekle getirmekte ve istenmeyen tesirlere sebep olmaktadır (Vadivelu and Hines 2008). Tedavide ilkin oral veya deriden uygulanan ilaç tedavi metotlarını yeğlemelidir. Müzmin olmayan ağrılarda kısa etkili

analjezik ilaçlar kullanılmalıdır (American Geriatric Society (AGS) 2009). Hemşire olarak bu ilaçlar sonrası ağrının azalıp azalmadığı, ilaç kullanımına bağlı yan etki gelişme durumu değerlendirilmelidir.

2.6. DEPRESYONUN TANIMI

Depresyon, çok şiddetli kaygı, üzülmeye hali, kişinin düşünebilmesi, akli iradesi, kişisel hareketlerinde azalma, kendisini başkaları nazarında değersiz ve yetersiz hissetmesi, mutlu olamaması ile birlikte bazı fizyolojik görevlerinde de azalma ile kendini gösteren bir durumdur. Depresyon, çok yönlü ruhsal ve bedensel problemlere neden olabilir. Çoğunlukla uzun vadeli tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır (American Psychiatric Association 2014).

2.6.1. Depresyonun epidemiyolojisi, Türkiye'deki durumu, kimlerde görülür?

Depresyondan söz edilince ilk akla gelen majör depresyon ‘dur Depresyon; günümüz koşullarında stresli yaşam, geçim darlığı, ailesel problemler, alkol bağımlılığı ve daha sayılabilecek birçok nedene bağlı meydana gelen ve toplumsal yapıda çok sık rast gelinen bir psikiyatrik hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007: 3-10).

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “*Türkiye Ruh Sağlığı Profili*” isimli çalışmada depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Erol ve ark. 1998). Cinsiyete göre dağılımından anlaşıldığı üzere kadınlarda erkeklere nazaran iki kat fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Binbay 2011). Depresyon konusunda Türkiye’deki epidemiyolojik araştırmaları inceleyen Küey ve Güleç (1993)’in saptamış oldukları neticelere göre:

- a) Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır;
- b) Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir;
- c) Kronik fizik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (%4-8.8);
- d) hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir.

Depresyon için başlama yaşı ortalama 40 yaş civarındır. Hadiselerin büyük kısmında başlama yaşı 20 ila 50 arasındadır. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır (Charney and Weissman. 1988.).

Depresyon en çok dul ya da ayrılmış bireylerde görülmektedir. Türkiye'deki çalışmalarda 65 yaşın üstündeki yaşlı bireylerde, kadın olmanın; eşinden ayrılmış yâda boşanmış olmanın; gündelik hayatında yerine getireceği fonksiyonları için bir başkasının eline bakmanın depresyon tehlikesini artırdığı tespit edilmiştir (Küey ve Güleç 1993). Türkiye'de depresyonun yoğun karşılaşıldığı bir diğer hâl de iş bulamamadır. İş bulamayanlarda depresyonun bir işi bulunana kişilere nazaran üç kat daha yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Burada işin manası iktisadi bir kavram olmanın dışında bireyin kendisinin bir işe yaradığı hissidir (Kaya ve Kaya, 2007: 3-10).

Türkiye'de kesin bir netliğe kavuşmamasına rağmen kırsal kesimdeki insanlarda depresyon görülme oranının kentlerde yaşayan insanlara göre daha fazla olduğu yapılan araştırmalarda vurgulanmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007: 3-10).

2.6.2. Yaşlılarda Depresyonun Tanısı, Tedavisi ve Etkileyen Faktörler

Yaşlı bireylerdeki depresyonun anlaşılabilmesi amacıyla itina gösterilmesi gerektiren birtakım ana hususlar vardır. Yaşlı hastanın hikâyesi hastanın bizzat kendisinden ve durumunu ve yapısı hakkında bilgi sahibi olan ailesi, akrabaları veya diğer kişilerden dinlenmelidir. Hastanın fiziksel muayenesi itina ile yapılmalıdır. Yaşlı hastada depresyon tanısının konulmasında destek olabilecek bununla alakalı veya diğer rahatsızlıkları ile alakalı laboratuvar teknikleri de yapılmalıdır (Yalvaç, 2012).

Yaşlı bireylerde görülen depresyon durumlarına bu pozisyona müsait ve reel yöntemlerle yaklaşıldığında tedavide olumlu sonuçlanmaktadır. Son dönemlerde sosyal ilişkilerin azalmasıyla depresyon oranının arttığı görülmektedir (Comer 2013). Yaşlı bireylerde görülen depresyon tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi, toplum desteği sağlama, Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) uygulanır. Psikolojik tedavinin yaşlı depresyonlarında etkileyici olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı bireye sosyal destek sağlanması uygulanan tedaviyi pozitif doğrultuda etkiler. Yaşlı hastanın birinci

derecede yakınları hastanın tedaviye riayet etmesi hususunda destek vermelidirler (. Göktaş ve Özkan 2006).

Yaşlı bireylerde depresyonun meydana gelmesinde çok sayıda faktör sebep olmaktadır. Bunlar; beden hastalıkları, kullandığı farmakolojik ilaçlar, nörobiyolojik faktörler, psikososyal faktörler ve diğer ruhsal problemlerdir. Yaşlı depresyonlarında genetik etkenlerin rolü daha az görülmektedir (Yalvaç, 2012).

2.6.3. Depresyonu olan yaşlıda hemşirenin rolü

Hemşire depresyonu olan yaşlı hastaya karşı tutum ve davranışlarında, hastada oluşabilecek depresyon emareleri ve semptomlarına dair yaygın bir inceleme de bulunmalıdır. Bu şekilde depresyonun gelişiminin önlenmesi, erken fark edilebilmesi, tedavisi ve bakımının erken bir şekilde verilmesi sağlanacaktır (Demet ve ark. 2002).

Depresyon tanısı konulmuş yaşlı hastada ilk etapta hastanın intihara meyilli olup olmadığı saptanmalıdır. Depresyon tanısında intihar belirtileri gençlerde ve yaşlılarda epeyce fazla görülmesinden dolayı kişinin şahsına dair şiddet tehlikesinin hem sağlık kuruluşunda hem de yaşamının sürdürdüğü çevresinde iyi incelenmesi icap etmektedir (Aydemir ve ark. 2002).

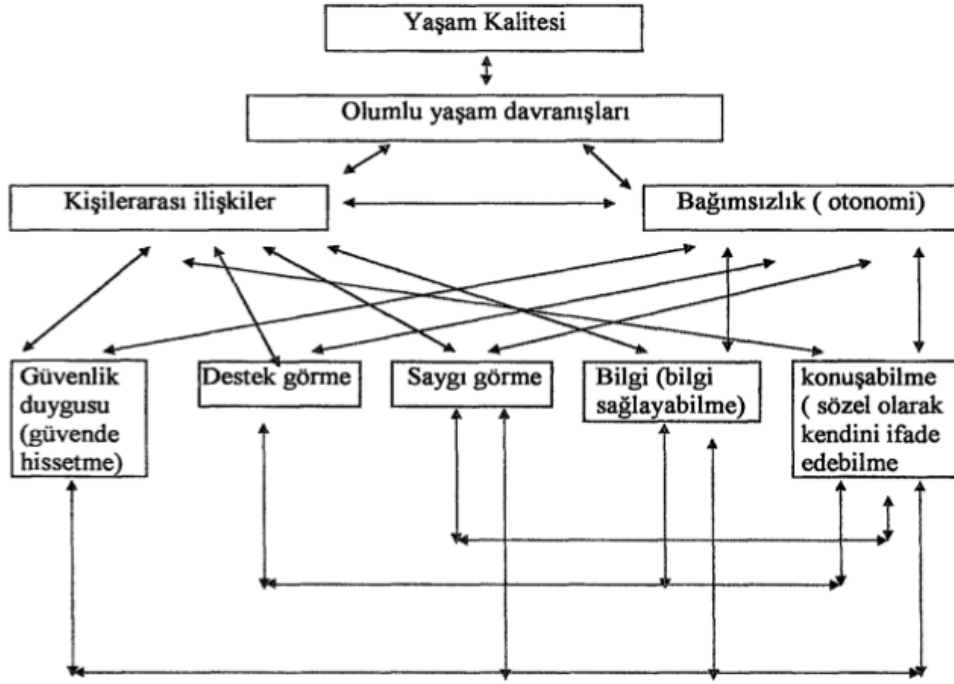
Hemşirelik Yaklaşımı:

- Hemşire depresyon tanısı konulmuş yaşlı hastayı yalnız bırakmamalı,
- Hastanın umutlarını netliğe ulaştırmak maksadıyla ve yaşlı hastanın boş vakitlerini etkin bir biçimde değerlendirebilmesini sağlaması sebebiyle yaşlı hastaya ziyaretlerin hangi vakitte gerçekleştirileceğini ve ne kadar zaman alacağı konusunda bilgi verilmesi,
- Depresyon tanısı konulmuş yaşlı hastaya ile diyalog kurulurken hastanın kolaylıkla anlayabileceği kolay sözcükler kullanılmalı ve yanıtlaması için yeterli süre tanınmalıdır. Çünkü bu tür hastalarda imgeleme ve yoğunlaşma zorluğu yaşanabilir.

- Depresyon tanısı konulmuş yaşlı hastadaki suicid düşüncesi olup olmadığı sorgulanmalı ve bu durum teferruatlı bir şekilde dikkatli izlenmeli,
- Hasta ile iletişim kurulurken klişeleşmiş sözcüklerden uzak durulmalı,
- Hastanın kavgacı ve kızgın hareketlerine refleks olarak yanıtlama hastayı rahatsız edeceğinden defansif söz ve eylemden kaçınarak öfke anlatımının ifade edilmesine olanak verilmesi,
- Yargılayıcı tavırdan kaçınılmalı,
- Halüsinasyonları tasvip etmek hastanın halüsinasyonlarını varmış gibi sanmasına neden olacağından halüsinasyonlarına destekleyici tavırlardan uzak durulmalı lakin hastanın bu düşüncelerine gereksiniminin olduğuna da rıza gösterilmelidir (Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006: 100-108).

2.7. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi ifadesi çok eski devirlere uzanmaktadır. Aristo ve peşinden gelen çok sayıda bilgeç insana göre yaşamda en üst seviyeye ve en iyi duruma haiz olan fertler, üst seviye yaşam kalitesine haizdirler. Yaşam kalitesi ile alakalı araştırmalar incelendiğinde farklı araştırmalarda farklı tanımlamalar yapıldığı görülmüştür (Bond ve Corner 2004). Yaşam kalitesini, “*Dünya Sağlık Örgütü kendi amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini göz önüne alarak bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sisteminde kendi konumları ile ilgili alguları*” şeklinde nitelendirmektedir (Gülağız ve ark. 2005). Yaşam kalitesi umumî manada kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali olarak da ifade edilmektedir.



Şekil 10: Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri (www.dicle.edu.tr (Erişim tarihi 25 Eylül 2017)).

Şekilde de görüldüğü gibi kişinin yaşam kalitesi kavramının boyutları ve nitelikleri olumlu yaşam davranışları başlığı altında kişiler arası ilişkiler ve bağımsızlık (otonomi) bölümlerinde sınıflandırılabilir. Bu bölümlerde alt kategorilerde kişinin konuşabilmesi, bilgi sağlayabilmesi, destek sağlayabilmesi ve güvende olma isteğinde oluşmaktadır.

Günümüzde teknik bilginin gelişimiyle, sağlık kulvarında çok önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Bu gelişimle beraber insanlar kronik hastalıkları bulunmasına karşın teknolojinin gelişmesine endeksli olarak daha uzun vade hayat olanağına haiz olmuştur. Bu durumda da bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Bond ve Corner 2004).

2.7.1. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Kişinin yaşlanması tabii bir değişimdir, fakat yaşlılıkla birlikte meydana gelen bedensel ve organik değişiklikler çok sayıda problemi yanında getirmekte; kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürlülük oranları artmaktadır. Kişinin yaşı ile yaşam kalitesi arasında eksi yönde bir bağ bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin yaşadıkları çevreye katılımlarında onların hoşnut olmalarında ve kendi kişisel

sağlıklarına dikkat etmelerinde onların yaşam kalitesini etkileyebilecek etkenlerin ortaya çıkarılmış olmasında büyük fayda bulunmaktadır. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen en mühim etken kronik hastalıklardır (Eser 2006).

Yaşlanma aşaması yaşam kalitesinin düştüğü bir hâl olarak gözükmektedir. Yaşlı insanların konut ve aile durumları, hayattan aldıkları tat, iş yapabilme pozisyonları, sağlık durumları, yaş, cinsiyet, etnik grup, din, meslek, eğitim, medeni hal gibi özellikleri, hayatlarını idame ettirdikleri ortam ve mahalle gibi özellikler yaşlı insanların yaşam niteliğini etkileyen en mühim modifikasyonlardır. Bu durumlar sadece yaşlı insanlara münhasır olmasa bile yaşlı bireylerin hayat standartlarının incelenmesinde kayda değer önem arz etmektedir (Aslan 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Çalışmanın amacı yaşlılarda ağrı, depresyon, ve yaşam kalitesi düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Yaşlı bireylerin ağrı düzeyleri yüksek midir?
- Yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri nasıl?
- Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkileniyor mu?
- Sosyo-demografik özelliklerin yaşlıların depresyon düzeyleri üzerine etkisi var mıdır?
- Sosyo-demografik özelliklerin yaşlıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi var mıdır?

3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya, tez ön proje kabulünden sonra Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındıktan sonra başlandı. Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesi esas alınmış, öncesinde bireylere araştırmanın amacı ve yararı sözlü olarak bildirilmiştir. Gönüllülük ilkesince araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler, kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, bilimsel amaçla kullanılacağı, başka bir kişi tarafından incelenmeyeceği ve istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları belirtildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; 01.06.2016 – 01.01.2017 tarihleri arasında Çekirge Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniklerinde yapıldı.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Bursa Çekirge Devlet Hastanesi iç hastalıkları polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturdu. Örneklemi ise üç aylık periyotta 65 yaş ve üzeri polikliniğe başvuran iletişim sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler oluşturdu.

Dahil Edilme Kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- 65 yaş ve üzerinde olması
- Bilişsel ve mental rahatsızlığı olmaması
- İletişim sorunu olmaması
- Hekim tarafından tanımlanmış psikiyatrik bir rahatsızlığının olmamasıdır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından Tez Öneri Başvurusu kabul edildikten sonra, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' nun onayının alınmasıyla veriler toplanmaya başlandı. Veri toplama araçları; Sosyo Demografik Özellikleri İçeren Soru Formu, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Geriatrik Ağrı Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Entrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kullanıldı. Sosyo demografik bilgi formu (tanımlayıcı form) ; hastanın adı/soyadı, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir durumu, kullandığı ilaçlar gibi açık uçlu sorulardan oluşmak üzere 19 sorudan oluşmaktadır.

Geriatrik depresyon ölçeği; Türkiye de geçerlik güvenirliği yapılmış yaşlı nüfusa yönelik bir ölçektir. Öz bildirim dayalı evet/hayır biçiminde yanıtlanan 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer cevaplara 0 puan verilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 0-30 arasındadır. Ölçeğinin değerlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır: 1, 2, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30“uncu sorulara verilen her “hayır” yanıtı için 1, “evet” yanıtı için 0 puan, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28“inci sorulara verilen her “evet” yanıtı için 1 “hayır” yanıtı için 0 puan verilmiştir. Ölçeğin puanlanması; 0-10 puan “depresyon yok”, 11-13 puan “olası depresyon”, 14 ve üzeri puan “kesin depresyon” şeklinde yapılmıştır Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa değeri=0,71 olarak hesaplandı (Kocataş, Güler ve Güler, 2004: 7-1).

Geriatrik ağrı ölçeği; ölçek toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Sorulardan 2 tanesi 0-10 arasında oluşan bir skaladan oluşmaktadır. Sorulara verilen her evet cevabı için 1 puan verilir ve sayısal cevaplara eklenir (Dursun,2013).

Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü; dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeğinden üretilmiş en kısa yaşam kalitesi ölçeğidir. 8 sorudan oluşmaktadır. Cevapların seçeneklerinin en uç kısımları ‘hiç’ ve ‘tamamen’dir. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa değeri=0,85 olarak hesaplandı (Bakar, 2012).

Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi yaşlı modülü; 24 soru ve altı alt alandan oluşmaktadır. Bunlar duyusal işlevler, özerklik, geçmiş-bugün-gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm – ölmek ve yakınlıktır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek 120 dir. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (Bakar, 2012). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa değeri=0,70 olarak hesaplandı.

Günlük yaşam aktiviteleri ölçeği; 6 sorudan oluşan ölçekte birey yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabiliyorsa 3 puan, yardım alarak yapabiliyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan alır. GYA ölçeğinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri indeksi; ev işleri yapma, para idaresi ve ilaç kullanabilme gibi sorulardan oluşan 8 soruluk bir ölçektir. Birey bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan , yardımla yapıyorsa 2 puan , hiç yapamıyorsa 1 puan olarak değerlendirilir. EGYA de 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilir .

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ

Çekirge Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniğinin çalışma saatleri ve yoğunluk durumu dikkate alınarak uygun olunan saatlerde anketler uygulandı. Anketler uygulanmadan önce hastalara çalışmayla ilgili bilgi verildi. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Anketleri doldurma süresi her bir hasta için yaklaşık 30-35 dk sürdü.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket uygulaması sonucu elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma 319 hastayla yapılmıştır. PASS 15 güç analizi programıyla yapılan hesaplama göre örneklem sayısının 185 olması yeterlidir. IBM SPSS 21 paket programında verilerin normal dağılıp dağılmadığını öğrenmek için Shapiro-Wilk testi yapıldı. Geriatrik depresyon GDS, Yaşam kalitesi QQL, Geriatrik ağrı ölçeği GAÖ, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) ve Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA) Shapiro-Wilk p değerleri <0,001'dir.Veriler normal dağılmadığı için analizlerde nonparametrik testler kullanıldı. Yapılan istatistiksel analizler için anlamlılık seviyesi $\alpha=0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Tablo 4: Sosyo Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Frekans	Yüzde %	Toplam %	Toplam
Cinsiyet	Kadın	208	65,2	100	319
	Erkek	111	34,8		
Eğitim	Okuryazar değil	97	30,4	100	319
	Okur Yazar	85	26,6		
	İlköğretim Mezunu	123	38,6		
	Lise Mezunu	9	2,8		
	Üniversite	5	1,6		
Medeni durum	Bekar	2	0,6	100	319
	Evli	189	59,2		
	Dul	128	40,1		
Gelir	Gelir giderinden az	81	25,4	100	319
	Gelir giderine eşit	206	64,6		
	Geliri giderinden fazla	32	10		
Çocuk	Evet	310	97,2	100	319
	Hayır	9	2,8		
Yaşanılan yer	İl	210	65,8	100	319
	İlçe/Belde	53	16,6		
	Köy	57	17,6		
Kimle Yaşıyor	Tek başına	57	17,9	100	319
	Çocuklarının yanında	77	24,1		
	Eşiyle	157	49,2		
	Eşi ve çocukları ile	22	6,9		
	Akrabalarının yanında	4	1,3		
	Huzur evinde	1	0,3		
	Bakıcı ile	1	0,3		

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $72,17 \pm 6,85$ olup (tabloda verilmemiştir), bunların: %65,2'si kadın, %59,2'si evli, %34,8 ilkokul mezunu, %97,2 çocuk sahibi, %64,6 gelir giderine eşit, %65,8 ilde yaşıyor, %49,2 eşi ile yaşıyor (Tablo 4), %68,7 bakım yardımı ihtiyacı duyuyor, %34,2'sine çocukları yardım ediyor, yarısı (%50,5) sağlığını orta olarak değerlendiriyor, %71,2'sinin kronik hastalığı var, %25,1'nin hipertansiyon, %17,2'sinin diyabeti mevcut, %70,5 ilaç kullanıyor, %65,2 hiç sigara içmemiş; büyük çoğunluğunun (%87,8) sosyal güvencesi var, %42,3 hiçbir konuda desteğe ihtiyaç duymuyor (Tablo 4 Devam)).

Tablo 4. Sosyo Demografik Özelliklerin Dağılımı (Devam)

		n	Yüzde %	Toplam %	Toplam
Bakım yardım	Evet	219	68,7	100	319
	Hayır	100	31,3		
Kim yardımcı	Yardıma gereksinim yok	99	31,0	100	319
	Eş	77	24,1		
	Çocuk	109	34,2		
	Diğer aile bireyleri	7	2,2		
	Eş ve çocuk	24	7,5		
	Komsu	2	0,6		
	Bakım evi çalışanları	1	0,3		
Sağlık değerlendirmesi	İyi	128	40,1	100	319
	Orta	161	50,5		
	Kötü	30	9,4		
Kronik hastalık	Evet	227	71,2	100	319
	Hayır	92	28,8		
Kronik Hastalık Tanısı	Kronik hastalık yok	94	29,5	100	319
	Diyabet	55	17,2		
	Yüksek tansiyon	80	25,1		
	Astım-KOAH	16	5,0		
	Kalp	6	1,9		
	Böbrek rahatsızlıkları	9	2,8		
	Diyabet artı yüksek tansiyon	59	18,5		
Sosyal güvence	Evet	280	87,8	100	319
	Hayır	39	12,2		
Sigara Kullanma	İçiyorum	21	6,6	100	319
	İçiyordum bıraktım	90	28,2		
	Hiç içmedim	208	65,2		
Hangi konularda desteğe gereksinim duyarsınız	İhtiyaç duymuyor	135	42,3	100	319
	Yeme İçme	1	0,3		
	Alışveriş	22	6,9		
	Hastaneye gitme	67	21,0		
	Hepsi	94	29,5		
İlaç kullanma	İlaç kullanmıyor	94	29,5	100	319
	Anti diyabetik	57	17,9		
	antihipertansif	79	24,8		
	Astım-KOAH	16	5,0		
	Kalp	7	2,2		
	Böbrek diyaliz	8	2,5		
	antıdiyabetik ve antihipertansif	58	18,2		

İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastaların GYA'ne göre bağımlılık düzeyi değerlendirildiğinde %2,5'inin bağımlı, %6,3'ünün Yarı bağımlı %91,2'sinin bağımsız olduğu belirlendi. EGYA'ne göre değerlendirildiklerinde ise yaşlıların %15,3'ünün bağımlı, %49,8'inin yarı bağımlı %34,9'unun bağımsız olduğu saptandı. Katılımcıların DSÖ Yaşam Kalitesi Yaşlı modülünden aldıkları puan ortalamalarının

76,49±8,44, DSÖ Yaşam kalitesi-8 kısa form ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının 3,53±057, GAÖ puan ortalamasının ise 12,15±7,31 olduğu görüldü (Tabloda verilmemiştir).

Tablo 5: Depresyon Frekans Tablosu

DEPRESYON	Kadın	Erkek	Toplam
Depresyon yok (0-10)			
(n)	93	85	178
Yüzde (%)	%44,2	%76,5	%55,6
Olası depresyon (11-13)			
(n)	38	9	47
Yüzde (%)	%18,3	%8,1	%14,7
Kesin depresyon (14 ve üzeri)			
(n)	79	16	95
Yüzde (%)	%37,5	%15,3	%29,7

Tablo 5’ de görüldüğü gibi ankete katılan kadınlardan %44,2 sinde toplam 93 kadında, erkeklerden %76,5’ inde toplam 85 erkekte ve tüm ankete katılanların %55,6’ sında toplam 178 kişide depresyon yoktur. Ankete katılan kadınlardan %18,3’ ün de toplam 38 kadında, erkeklerin %8,1’ inde toplam 9 erkekte ve tüm ankete katılanların %14,7’sinde toplam 47 kişide depresyon ihtimali bulunmaktadır. Ankete katılan kadınlardan %37,5’inde toplam 79 kadında, erkeklerin %15,3’ ünde toplam 16 erkekte ve tüm ankete katılanların %29,7’sinde toplam 95 kişide depresyon görüldü.

Tablo 6: Geriatrik Ağrı, Depresyon ve Yaşam Kalitesi İle Cinsiyet Karşılaştırması

	n	Sıra ortalaması (MeanRank)	Sıra toplamı (Sum of Rank)	U*	P
Depresyon					
Kadın	208	180,55	37554,50	7269,50	,000
Erkek	111	121,49	13485,50		
Geriatric Ağrı					
Kadın	208	174,97	36394	8430	,000
Erkek	111	131,95	14646		
Yaşam Kalitesi Yaşlı					
Kadın	208	165,57	34439,50	10384,50	,139
Erkek	111	149,55	16600,50		

*Mann-Whitney U test

Tablo 6’ da gösterilmiş olan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre depresyon kadın ve erkek arasında anlamlı farklılık göstermektedir ve bu farklılık kadın grubundan kaynaklıdır. Ağrı ile cinsiyet arasında anlamlı fark olup kadınların ağrı sıra ortalaması erkeklerden fazladır. Cinsiyet yaşam kalitesini etkilememektedir.

Tablo 7’ de gösterilmiş olan Kruskal-Wallis testi tablosuna göre Geriatrik ağrı ile medeni durum arasında anlamlı bir fark vardır. Dul ve bekârlar evli olanlara göre geriatrik ağrı oranları daha fazladır. Depresyon ve yaşam kalitesi ile medeni durum arasında anlamlı bir fark yoktur

Tablo 7: Geriatrik Ağrı, Depresyon ve Yaşam Kalitesi İle Medeni Durum Karşılaştırması

	N	Sıra ortalaması (MeanRank)	SD(df)	* χ^2	p
Geriatric Ağrı					
Bekar	2	178,25			
Evli	189	147,26	2	8,879	0,012
Dul	128	178,53			
Depresyon					
Bekar	2	178,75			
Evli	189	153,38	2	2,412	0,299
Dul	128	169,48			
Yaşam Kalitesi Yaşlı					
Bekar	2	34,25			
Evli	189	165,16	2	6,059	0,057
Dul	128	149,08			

*Kruskal Wallis Test

Tablo 8: Ölçekler İle Yaş İlişkisi

ÖLÇEKLER	Yaş	
	r	p
Yaşam Kalitesi Yaşlı	-0,171	,002
GDS_TOPLAM(Geriatrik Depresyon)	0,107	,057
GYA	-0,342	,000
EGYA (Enstrümantel Günlük Yaşam Aktiviteleri)	-0,366	,000
GAÖ	0,225	,000

r: Spearman Korelasyon katsayısı

Tablo 8’de görülen Spearman Korelasyon analizi sonuçlarına göre Yaş arttıkça yaşlı hastaların yaşam kaliteleri azalmaktadır. GYA ve EGYA ile yaş arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Yaş arttıkça GYA ve EGYA azalmakta, bağımlılık düzeyi artmaktadır. Geriatrik depresyon ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yaş arttıkça ağrı puan ortalaması artmaktadır.

Tablo 9: Geriatrik Ağrı, Depresyon ve Yaşam Kalitesi İle Maddi Durum Karşılaştırması

	N	Sıra ortalaması (MeanRank)	SD(df)	* χ^2	p
Geriatrik Ağrı					
Gelir giderinden az	81	195,54			
Gelir giderine eşit	206	156,95	2	30,958	0,000
Geliri giderinden fazla	32	89,66			
Depresyon					
Gelir giderinden az	81	188,71			
Gelir giderine eşit	206	156,00	2	16,610	0,000
Geliri giderinden fazla	32	113,11			
Yaşam Kalitesi Yaşlı					
Gelir giderinden az	81	152,41			
Gelir giderine eşit	206	159,27			
Geliri giderinden fazla	32	183,89	2	2,713	0,258

*Kruskal Wallis Test

Geliri giderinden fazla olan yaşlıların diğer gruplara göre anlamlı düzeyde ağrı puan ortalamaları daha düşüktür. Geliri giderinden az olanların depresyon düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı oranda daha yüksektir (Tablo 9).

Tablo 10. da görüldüğü gibi yaşam kalitesi ile Geriatrik depresyon arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Yaşam kalitesi arttıkça depresyon azalmaktadır

Tablo 10: Yaşam Kalitesi ile Depresyon Arasındaki İlişki

	GDS_TOPLAM (Geriatrik depresyon)	
	r	p
QQL_TOPLAM (Yaşam Kalitesi)	-,602	,000

(r: Spearmankorelasyon katsayısı)

Tablo 11: Ağrı ile Depresyon Arasındaki İlişki

	GDS_TOPLAM (Geriatrik depresyon)	
	r	p
GAÖ_EVET (Geriatrik ağrı)	,356	,000

(r: Spearmankorelasyon katsayısı)

Tablo 11’da görüldüğü gibi Geriatrik ağrı ile Geriatrik depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Geriatrik ağrı arttıkça depresyonda artmaktadır.

Tablo 12: Ağrı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

	GAÖ_EVET (Geriatrik ağrı)	
	r	p
QQL_TOPLAM (Yaşam Kalitesi)	-,422	,000

(r: Spearmankorelasyon katsayısı)

Tablo 12’ de görüldüğü gibi Geriatrik ağrı ile yaşam kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Geriatrik ağrı arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Tablo 13’de görülen Spearman korelasyon analizi sonucuna göre geriatrik ağrı ile GYA ve EGYA arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Ağrı Düzeyleri arttıkça GYA,EGYA puanları azalmakta bağımlılık düzeyleri artmaktadır.

Tablo 13: Geriatrik ağrı ile GYA ve EGYA arasındaki ilişki

	Geriatrik Ağrı	
	r	p
GYA (Günlük Yaşam Aktiviteleri)	-,206	,000
EGYA (Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri)	-,329	,000

Depresyon ağrı ve yaşam kalitesine bağımlı olduğu için regresyon modeli bu duruma göre oluşturuldu.

Tablo 14: Regresyon Analizi Sonuçları

	B	SE (standart error)	Exp (β)	Sig. p-değeri
GAÖ_EVET (Geriatrik ağrı)	,141	,048	,145	,004
QQL_TOPLAM (Yaşam Kalitesi)	-,815	,077	-,524	,000
Constant	31,348	2,507		,000

Tablo 14’de görülen sonuçlara göre yaşam kalitesinde ki 1 birimlik artış depresyonu -0,815 oranında azaltmaktadır ve aynı şekilde ağrıdaki 1 birimlik artış depresyonu 0,141 oranında arttırmaktadır. Bu doğrultuda regresyon modeli aşağıdadır:

$$\text{Depresyon} = 31,348 + 0,141 * \text{Ağrı} - 0,815 * \text{Yaşam Kalitesi}$$

Tablo 15: EGYA ve GYA Gruplandırılmış Olarak Değerlendirilmesi

	N	Sıra ortalaması (MeanRank)	SD(df)	χ^2	p
Geriatrik Ağrı					
GYA-Bağımlı	8	193,25			
GYA-Yarı bağımlı	20	192,95	2	3,949	0,139
GYA-Bağımsız	291	156,82			
Depresyon					
GYA-Bağımlı	8	227			
GYA-Yarı bağımlı	20	240,33	2	21,295	0,000
GYA-Bağımsız	291	152,64			
Geriatrik Ağrı					
EGYA-Bağımlı	5	163,70			
EGYA-Yarı bağımlı	110	186,31	2	13,887	0,001
EGYA-Bağımsız	204	145,72			
Depresyon					
EGYA-Bağımlı	5	232,90			
EGYA-Yarı bağımlı	110	218,02	2	73,059	0,000
EGYA-Bağımsız	204	126,93			

Tablo 15’de görülen Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre Geriatrik ağrı ile gruplandırılmış GYA hastalarının bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız olması açısından bir fark yoktur ($p=0,139$). Depresyon ile gruplandırılmış GYA hastalarının bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız olması açısından fark vardır ($p<0,001$) ve bu fark yarı bağımlı hastalardan kaynaklıdır. Geriatrik ağrı ile EGYA hastalarının bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız olması açısından bir fark vardır ($p=0,001$) ve bu fark yarı bağımlı hastalardan kaynaklıdır. Depresyon ile EGYA hastalarının bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız olması açısından bir fark vardır ($p<0,001$) ve bu fark bağımlı hastalardan kaynaklıdır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, yaşlılarda ağrı, depresyon, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması $72,17 \pm 6,85$ olup, bunların %65,2'si kadın, %59,2'si evli, %34,8 ilkokul mezunu, %97,2'si çocuk sahibi, %64,6'sının gelir giderine eşit, %65,8'i ilde yaşıyor, %49,2'si eşi ile kalıyor, %68,7'si yardıma ihtiyaç duyuyor, %34,2'una çocukları yardım etmektedir. Araştırmaya katılanların %71,2'sinin kronik hastalığının olduğu, tespit edildi. Bu çalışmada görülen kronik hastalıklardan ilk sırada %25,1 yüksek tansiyon yer almıştır (Tablo 4). Uçku'nun çalışmasında yaşlıların %47,8'inde, Güven'in çalışmasında yaşlıların %51,5'inde, Diker'in çalışmasında %44,1'inde de hipertansiyon saptanmıştır. Kronik hastalık kişinin hayatını özgürce idame ettirmesini kısıtlamakta ve yaşam kalitesinin azalmasına sebebiyet vermektedir (Güneş ve ark. 2005).

İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastaların GYA'ne göre bağımlılık düzeyi değerlendirildiğinde %2,5'inin bağımlı, %6,3'ünün yarı bağımlı %91,2'sinin bağımsız olduğu belirlendi. EGYA'ne göre değerlendirildiklerinde ise yaşlıların %15,3'ünün bağımlı, %49,8'inin yarı bağımlı %34,9'unun bağımsız olduğu saptandı. Yaşlı hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %4,8'i GYA bakımından, %52,4'ünün EGYA bakımından bağımlı olduğu saptanmıştır (Göçer ve Günay 2018). Başka bir çalışmada, yaşlıların % 92'sinin GYA, % 83,2'sinin ise EGYA'nde bağımsız oldukları bulunmuştur (Kitiş, Ülgen, Zencir, Büker 2012). Bu çalışmada katılımcıların DSÖ Yaşam Kalitesi Yaşlı modülünden aldıkları puan ortalamalarının $76,49 \pm 8,44$, DSÖ Yaşam kalitesi-8 kısa form ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının $3,53 \pm 0,57$, GAÖ puan ortalamasının ise $12,15 \pm 7,31$ olduğu görüldü (Tabloda verilmemiştir). GDÖ puan ortalaması $13,67 \pm 4,37$ olan yaşlıların %14,7'sinde depresyon ihtimali, %29,7'sinde ise kesin depresyon belirtileri olduğu saptandı. Yapılan üç farklı çalışmada da yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının sırasıyla $78,53 \pm 8,89$ (Kitiş, Ülgen, Zencir, Büker 2012), $75,74 \pm 9,99$ (Altay, Çavuşoğlu, Çal A. 2016), $76,11 \pm 16,88$ (Şahin ve Emiroğlu, 2014) olduğu

belirlenmiştir. Erzincan il merkezinde yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin % 62.2'sinde (23.06±4.40) yüksek düzeyde, toplamında orta düzeyde (17.31±8.43) depresyon olduğu tespit etmiştir (Bakar 2012), Yiğen ve Günay'ın çalışmasında yaşlıların %23.3'ünde olası depresyon, Karakuş ve ark.'nın çalışmasında %25,5 oranında depresyon olduğu saptanmıştır (Karakuş, Süzek, Atay 2011, Yiğen, Günay 2015). Çalışma bulguları literatürle kısmen uyumludur.

Çalışmada kadınların depresyon oranları ve ağrı düzeyleri erkeklere göre anlamlı oranda yüksek bulunurken, cinsiyet yaşam kalitesini etkilemediği saptandı. Medeni durumun yaşlıların depresyon düzeylerini ve yaşam kalitesini etkilemediği ancak GAÖ sıra ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilediği saptandı. Geliri giderinden fazla olan yaşlıların diğer gruplara göre anlamlı düzeyde ağrı puan ortalamaları daha düşük bulundu. Geliri giderinden az olanların depresyon düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı oranda daha yüksekti. Yaşlılarda depresyonu araştıran birçok çalışma kadın cinsiyette anlamlı oranda daha yüksek depresyon oranları bildirmiştir. Cole ve Dendukuri tarafından yapılmış bir meta-analizde, kadın cinsiyeti, depresyon için mühim bir tehlike etkeni olarak deklare edilmektedir (Cole ve Dendukuri 2003) yapılan iki farklı çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (Şahin ve Emiroğlu, 2014, Altay, Çavuşoğlu , Çal A. 2016) Şahin ve Emiroğlu'nun (2014) çalışmasında gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada mevcut çalışmayla benzer şekilde gelir düzeyinin depresyonu etkilediği saptanmıştır (Demet ve ark. 2002). Altay ve ark.'nın çalışmasında medeni durumun yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür Altay, Çavuşoğlu , Çal A. 2016).

Yaş arttıkça yaşlı hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı, bağımlılık düzeyinin ve ağrılarının arttığı ancak yaşın depresyonla ilişkisi olmadığı belirlendi. Yaşlı popülasyonun çoğalmasıyla beraber bu yaş grubuna münhasır hastalıklar da ehemmiyet kazanmıştır. Bu yaş grubunda görülen ağrı ruhsal hastalıklar içinde depresyon, bu yaş grubunun yaşam kalitesinde kayda değer bir gerilemeye neden olmaktadır. Çalıştır ve arkadaşları (2006) Muğla il merkezinde yaşayan 1047 yaşlı kişinin yaşam kalitelerini araştırdıkları çalışmalarında yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığını tespit etmişlerdir. Yapılan araştırmalarda yaş arttıkça depresyon

puan ortalamasının önemli düzeyde arttığı tespit edilmiştir (Çınar ve Kartal, 2008, Onat , Delialioğlu , Ucar, 2014).İki farklı yılda yapılan çalışmada da yaş arttıkça bağımlılık düzeyinin arttığı belirlenmiştir (Yiğen, Günay 2015, Göçer ve Günay 2018)

Bu çalışmada yaşam kalitesi ile depresyon arasında ters yönlü bir ilişki olduğu, yaşam kalitesi arttıkça depresyonun azaldığı görüldü. Literatürde de yaşam kalitesiyle depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu depresyon düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Akyol, Durmuş, Doğan, Bek, Cantürk, 2010, Karakuş, Süzek, Atay 2011, Kitiş, Ülgen, Zencir, Bükler 2012, Yiğen, Günay 2015, Göçer ve Günay 2018)

Geriatrik ağrı ölçeği puan ortalamaları arttıkça bağımlılık düzeyi ve depresyonun arttığı, yaşam kalitesinin ise azaldığı belirlendi. Bağımlılık düzeyi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. Akyol ve ark.'nın çalışmasında ağrı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir (Akyol, Durmuş, Doğan, Bek, Cantürk, 2010). Yaşlılarla yapılan bir çalışmada da sağlığını kötü algılamının günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Hacıhasanoğlu, Yıldırım ve Karakurt 2008, Karakuş, Süzek, Atay 2011, Yiğen, Günay 2015). Başka bir çalışmada da GYA'deki bağımlılığın hem depresyonla hem de bilişsel düzeyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Demir 2017)

Yaşlılarda ağrı, depresyon, ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen temel sonuçlar şunlardır;

- Katılımcıların DSÖ Yaşam Kalitesi Yaşlı modülünden aldıkları puan ortalamalarının $76,49 \pm 8,44$, DSÖ Yaşam kalitesi-8 kısa form ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının $3,53 \pm 0,57$, GAÖ puan ortalamasının ise $12,15 \pm 7,31$ olduğu görüldü. GDÖ puan ortalaması $13,67 \pm 4,37$ olan yaşlıların %14,7'sinde depresyon ihtimali, %29,7'sinde ise kesin depresyon belirtileri olduğu saptandı.
- İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastaların GYA'ne göre bağımlılık düzeyi değerlendirildiğinde %2,5'inin bağımlı, %6,3'ünün yarı bağımlı

%91,2'sinin bağımsız olduğu belirlendi. EGYA'ne göre değerlendirildiklerinde ise yaşlıların %15,3'ünün bağımlı, %49,8'inin yarı bağımlı %34,9'unun bağımsız olduğu saptandı.

- Çalışmada kadınların depresyon oranları ve ağrı düzeyleri erkeklere göre anlamlı oranda yüksek bulunurken, cinsiyet yaşam kalitesini etkilemediği saptandı.
- Medeni durumun yaşlıların depresyon düzeylerini ve yaşam kalitesini etkilemediği ancak GAÖ sıra ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilediği saptandı.
- Geliri giderinden fazla olan yaşlıların diğer gruplara göre anlamlı düzeyde ağrı puan ortalamaları daha düşük bulundu. Geliri giderinden az olanların depresyon düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı oranda daha yüksekti.
- Yaş arttıkça yaşlı hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı, bağımlılık düzeyinin ve ağrılarının arttığı ancak yaşın depresyonla ilişkisi olmadığı belirlendi.
- Bu çalışmada yaşam kalitesi ile depresyon arasında ters yönlü bir ilişki olduğu, yaşam kalitesi arttıkça depresyonun azaldığı görüldü.
- Geriatrik ağrı ölçeği puan ortalamaları arttıkça bağımlılık düzeyi ve depresyonun arttığı, yaşam kalitesinin ise azaldığı belirlendi. Bağımlılık düzeyi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Yaşlı bireylerin bağımlılık durumları ağrı, depresyon ve yaşam kalitelerinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- Yaşlı birey ve ailesinin bu konulara ilişkin farkındalıklarının artırılması
- Yaşam kalitesinin artırılması, depresyon ve bağımlılık düzeylerinin azaltılmasına yönelik girişimler yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Agit, A. (2013). Demanslı Hastalarda Ağrı Değerlendirilmesi.
- Akdemir N. (1992). "Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşlanma". Hacettepe Üniversitesi H.Y.O. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı. Ankara, s.379-384.
- Akın G. (2006). Her Yönüyle Yaşlılık. Palme Yayıncılık. Ankara.
- Aksüllü N. (2001). Kurumda Ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Doç. Dr. S DOĞAN).
- Akyol Y, Durmuş, D, Doğan C, Bek Y, Cantürk, F. (2010). Geriatrik Populasyonda Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi. *Turkish Journal of Rheumatology*, 25(4), 165.
- Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 15(3), 181-89.
- Altıntaş H, Attila S, Sevcen F, Akçalar S ve Ark. (2006). Ankara'da Bir Yaşlı Bakımevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Taranması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, s.5.
- Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N ve Cavlak U. (2009). Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1):s.48-60.
- American Geriatric Society (AGS). (2009). Clinical Practice Guideline: Pharmacological management of persistent pain in older persons .
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-V. 5th ed. Ankara: HYB Publishing.
- Arulat T. (2009). "Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmesindeki Sorunlar". Akademik Geriatri Kongresi, Antalya . Kongre Kitabı, s.17-22.
- Aslan, D. (2009). Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı. Rekmay Ofset Basımı.

Aslan EF. (2014). Sağlığın Değerlendirilmesi. s.293-314

Aydemir C, Vedin Temiz H, Goka E. (2002). Cognitive and emotional factors in major depression and suicide. *Turk Psikiyatri Derg*;13:33-9.

Aydin, ON. (2002). "Ağrı ve ağrı mekanizmalarına guncel bakış."

Bakar N. (2012). Yaşı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR).

Başkent Üniversitesi, Sağlık Rehberi, <http://istanbul.baskenthastaneleri.com/saglik-rehberi/oku.php?konu=noropatik-agri>, 23 Eylül, 2017.

Bezgal N. (1990). Yaşı Yurtlarındaki Kişisel Yaşam Alanının Fiziksel ve Psikososyal Gereksinimlere Göre Değerlendirilmesi. Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bıyık A, Özgür G, Özsoy S, Erefe İ, Emeç A, Ergül Ş ve ark. (2002). "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlacı Kullanma Davranışları". *Türk Geriatri Dergisi*; 5: s.68-74.

Bilir, N. (2008). "Türkiye'de ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler". s. 3-11. içinde Geriatri ve Gerontoloji.(Ed.) Servet Arıoğlu. Ankara: MN Medikal ve Nobel.

Binbay Z. (2011). Majör Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Mizaç ve Karakter Özellikleri. Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi. İstanbul.

Black, JM, Howks H, Knee AM. (2001). Medical surgical nursing. Philadelphia: 6nd Edition. Saunders Company.

Bond J. Corner L. (2004). Quality Of Life And Older People. New York: Open University Press.

British Geriatrics Society, (2007). The British Pain Society and Clinical Standards Department of the Royal College of Physicians. The assessment of pain in older people 2007.

<https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/concise-assessment-of-pain-in-older-people-2007.pdf>

Charney E, Weissman M. (1988). Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes. In Depression and Mania, ed(s) Georgotas A, Cancro R. Elsevier, New York.

Cline ME et al (1992). Standardization of the visual analogue scale, Nursing Research, 41(6):s.378-379. Courtenay M(1998). Oral analgesics: Aspirin and paracetamol, Nursing Times, 94(5):s.59-61.

Cole MG, Dendukuri N. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: a Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry;160:114756

Comer RJ. (2013). Abnormal Psychology. New York. Worth Publishers. (1991) Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Formerly Archives of General Psychiatry.48: s.712-718.

C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6(1) Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

Çınar ÖG, Kartal A. (2008). Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* ; 7(5): s.399-404.

Demet MM, Taşkın EO, Karaca N, İçelli İ. (2002). Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*;13:290-9.

Demir Y. P. (2017). Kendi evinde yaşayan ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon düzeylerinin ve sosyal izolasyon durumlarının karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(1), 19-28.

Demir, G., Ünsal, A., Arslan, G. G., & Çoban, A. (2013). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1-12.

Demirsoy A, Bozcuk N. (1997). "Ölümün Evrimsel Öyküsü". Ankara Hekimler Yayın Birliği. Geriatri I: s.1-6.

Dicle.edu.tr, Yaşam Kalitesi, <http://www.dicle.edu.tr/Contents/8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf>, 17.09.2017

Diker J. (2000). Körfez 6 no'lu sağlık ocağı ile yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Derg* ;3(3).91-7. s.104

- Doğan, C. (2007). "Türkiye de Yaşlılık ve Huzurevi Olgusu". Yaşlılık Dönemi ve Problemleri, Tartışmalı İlimi Toplantılar Dizisi. İstanbul: Ensar Neşriyat, s.33-60
- DPT (2007). " Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Usul Eylem Planı". Sosyal Sektörler Genel Müdürlüğü, Yayın No: 2741 s.10.
- Duranay M. (2009). "Hipertansif Yaşlı İzlemi ve Tedavisinde Özellikler". Akademik Geriatri Kongre Kitabı s.23-30.
- Dursun G. (2013).Yaşlı Bireylerde Geriatrik Ağrı Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, (Danışman: Doç. Dr. Hicran BEKTAŞ).
- Elkin N. (2016). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlı Bireylerde Depresyon Sıklığı Ve Yaşam Doyumunun Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* ;(9)1 http://anadoluisagligi.com/img/file_1703.pdf
- Emiroğlu V. (1985), Çekirdeksiz Köyde Yaşlılar, Ankara:A.Ü. DTCF Yayınları No: 12
- Erdine S. (2005). Ağrı ve Akılcı Analjezik Kullanımı 2. Basım, Fersa Matbaacılık, s.4-15
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1998). "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu". T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara,
- Esen A. (2006). İleri Geriatri Hemşireliği. İçinde: Fadıllıoğlu Ç (Editör): Yaşlılık ve beslenme. İzmir: Meta Basım, s. 63-76
- Eser E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Birikim Dergisi* ;1(2) s.1-5.
- Eti Aslan F. (2003). Postoperatif ağrı yaşlıların kaderi mi? *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (2) s.57-66.
- EYH. (2012).Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Araştırma. Ankara: EYHGM.
- Feldt K. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators, *Pain Manage Nurs*, 1(1): s.13-20.

Gagliese L, Melzack R. (2006). Pain in the elderly. In: McMahon SB, Koltzenburg M. (Eds). Wall and Melzack's Textbook of Pain. 5th ed. New York: Churchill Livingstone; s.1169-1180.

Göktaş K, Özkan I. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Psychiatry in Türkiye*; 8(1): s.30-37.

Gibson SJ, Farrell MJ, Katz B. (1996). Multidisciplinary management of chronic nonmalignant pain in older adults. In Ferrell BR., Ferrell BA. Editors. Pain in elderly. Seattle: IASP Pres; s. 91-100.

Göçer Ş, Günay O. (2018). Kayseri'de Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Depresif Belirti Düzeyleri. *Euras J Fam Med* 2018;7(3):116-24.

Gökçe Kutsal Y (2006). *Türk Geriatri Dergisi*; s.37-44

Gökçe Kutsal, Y. (2003). Yaşlanan dünya, yaşlanan toplum, yaşlanan insan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 24(3-4), 1-6.

Gülagız G. ve diğerleri (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin Görüşlerinin ve yaşam memnuniyetlerinin incelenmesi, III.Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiriler Kitabı (içinde), Ed. Senel Ergin, "izmir:YASAD Yayınları, (s.379-390).

Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. (2005). Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. *Türk Geriatr Derg* ;s.:78-83. 108

Güven D. (2003). Nevşehir İl Merkezinde 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Prevelansı (tez). Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. Nimet KARATAŞ).

Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. (2009). Erzincan Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*; 12 (1): s.25-30

Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics.*; 54: s.61-66.

Helme RD, Gibson SJ. (1999). Pain in older people. In: Crombie IK (ed). *Epidemiology of Pain*. Seattle: IASP Press: 103-12.

Kalınkara V. (2014). Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. (2); s.12-16

Karadakovan A. (2014). Yaşlı Sağlığı Ve Bakım. Mayıs; s.5-7

Kayhan Esener Z. (1995). Ağrı, Pediatrik Anestezi, Feryal Matbaacılık Ltd. Şti, s. 511-530

Kaplan and Sadock's (1999). Comprehensive Textbook of Psychiatry Somatoform Ağrı Bozukluğu: Tanımlayıcı Özellikler Ve Diğer Ruhsal Bozukluklarla İlişkileri, A Sağduyu, M Rezaki *Türk Psikiyatri Dergisi*;10(1):21-33). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve sayımsal el Kitabı- DSM-IV-TR

Karakuş A, Süzek H, Atay ME. (2011). Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1(11).

Kaya, B., & Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(Supp: 6), 3-10.

Kennedy Nkhoma JS, Arthur A. (2013). An educational intervention to reduce pain and improve pain management for Malawian people living with hiv/aids and their family carers: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*; 14(216):1-8. <https://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-14-216>.

Kitiş, A, Ülgen SY, Zencir M, Büker, N. (2012). Evde yaşayan yaşlılarda kognitif düzey, depresyon durumu, fonksiyonel düzey ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, 23(3), 137-143.

Kutlutürkan S, Bedük T. (2010). Ağrı. In: Can G, editör. *Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı bakım. İstanbul Konsensusu: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; p. 221-9*

Kutsal YG. (2007). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşlanma, Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi/GEBAM, Ankara. www.gebam.hacettepe.edu.tr.

Kutsal Gökçe Y, Aslan D. (2007). *Temel Geriatri*.07;s.74-75

Küey L, Güleç C. (1993). Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografı Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Loeser, JD. (2001). *Bonica's management of pain*. 3rd Edition Philadelphia: Lippincot Williams.

Mandıracı A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 49(3) Ek / Supplement: s.39-45.

Merskey H, Bugduk N. (1994). Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definition of Pain Terms. 2nd Ed. Seattle: IASP Press.

Nalbant S. "Yaşlılarda Fizyolojik Değişiklikler". Nobel Medicus Online Dergisi "Elektronik Dergi". www.nobelmedicus.com. Erişim Tarihi: 03/10/2017

Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Ucar, D. (2014). The risk of depression in elderly individuals, the factors which related to depression, the effect of depression to functional activity and quality of life. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17(1):35-43.

Özel, F., Yıldırım, Y., & Fadiloğlu, Ç. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı*, 26(2), 57-64.

Özer N. (2013). Yaşlı Bireylerde Depresyon, İstismar Ve İhmalin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ).

Öztürk, G. B., & Karan, M. A. (2009). Yaşlıda ağrıya yaklaşım. *Akad Geriatri*, 1, 2009-01.

Öztürk O, Uluşahin A (2008). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Yenilenmiş 11.baskı. Ankara. s.512-555.

Pasero CL, Mc Caffery M. (1996). Managing postoperative pain in elderly, *American Journal of Nursing*, 96(10): s.38-46.

Pison G. (2009). Population ageing will be faster in the South than in the North *Population & Societies*, (457), 1-4.

Reading AE. (1989). Testing pain mechanisms in persons in pain: Wall PD, Melzack R (eds) *Textbook of pain*. Churchill Livingstone, Singapore, s. 269.

Sağlık Bakanlığı, (1997). Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor. Ankara.

Shephard RJ. (2002). Gender, Physical Activity and Aging. CRC Press, New York.:121-218.39

Schaible HG, Richter F. (2004). Pathophysiology of pain. *Langenbecks Arch Surg* ; 389(4): 237.

Sezen, K. (2002). Akupunktur teorik ve pratik. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş. Korkut H. ve Ark. (2007). İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt 21, Sayı 3, (Eylül), s. 145-153

Şahin NE, Emiroğlu, O. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-66.

Şimşek Tarsuslu T, Yumin Tütün E, Öztürk A, Sertel M, Yumin M. (2011). Ev Ortamında Yaşayan Yaşlı Bireylerde Ağrı ile Sağlık Durumu, Mobilite ve Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi Arasındaki İlişki. *Türk Fiz Tıp Rehab. Derg.*; 57: 216-20

<http://www.agrivetedavisi.com/noseseptif-agri>, Noseseptif Ağrı, Ulaşım: 05.10.2017

Saglikal, Yaşlılarda Kas-İskelet Sisteminde Değişiklikler, Ulaşım: 05.10.2017, <http://www.saglikal.com/yaslilarda-kas-iskelet-sisteminde-degisiklikler.html>.

Tavşanlı, N. G., Özçelik, H., & Karadakovan, A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi.

Tahir Ü. (2005). Yaşlanma ile Organ ve Sistemlerde Görülen Değişiklikler. 4. Ulusal Geriatri Kongresi Konuşma Metinleri. *Geriatri Derneği Yayınları*. Antalya.

T.C. Başbakanlık Devlet İstatiksel Enstitüsü genel nüfus sayımı 2000. (2003). "Nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri", DİE matbaası Ankara, Mart.

Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyazıcıoğlu N. ve Ark. (2009). Yaşlı Popülasyonun da Ağrı. *Turkish Journal of Geriatrics*; 12 (4): s.190-197

TUİK Haber Bülteni Sayı: 21520, 17 Mart 2105 (Erişim Tarihi: 6 Eylül 2017)

TUİK Haber Bülteni Sayı: 18618, 7 Ekim 2105 (Erişim Tarihi: 6 Eylül 2017)

Telatar T, Özcebe H. (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*; 7 (3): 162-165

Türk Algoloji Derneği, Ağrının Tipleri, http://www.algoloji.org.tr/agri_tipleri.asp, (Erişim Tarihi: 17 Eylül 2017).

TUİK, İstatistiklerle Yaşlılar, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>, (Erişim Tarihi: 18 Eylül 2017).

Tofthagen C, McAllister RD, McMillan SC. (2011). Peripheral neuropathy in patients with colorectal cancer receiving oxaliplatin. *Clin J of Oncol Nurs.*;15(2): s.182-188.

Uçku R. (1992). Ergin S. Yaşlılarda günlük yaşam aktiviteleri. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni* s.103

United Nations, Population Division, Dept of Economic and Social Affairs, Ageing: <http://www.who.int/whosis.> , (Erişim Tarihi: 03 Ekim 2017)

Vadivelu N, Hines RL. (2008). Management of chronic pain in the elderly: Focus on transdermal buprenorphine. *Clin Interv Aging*; 3(3):421. <https://dx.doi.org/10.2147/CIA.S1880>.

Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2), 7.

WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Frame Work*.

Yiğen H. (2015) *Yalnız Yaşayan ve Ailesiyle Birlikte Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri*. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan (Danışman: Prof. Dr. Osman Günay)

Yıldırım, B., Özkahraman, Ş., & Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 19-23.

EKLER

Ek-1. Tanımlayıcı Form

TANIMLAYICI FORM

- 1) Yaşınız :.....
- 2) Cinsiyetiniz:1)Kadın 2) Erkek
- 3) Medeni durumunuz: 1) Bekar 2) Evli 3)Dul 4)Boşanmış
- 4) Eğitim durumunuz:
 - 1) Okur yazar değil
 - 2) Okur yazar
 - 3) İlkokul mezunu
 - 4) Ortaokul mezunu
 - 5) Lise mezunu
 - 6) Üniversite/Yüksekokul mezunu
- 5) Çocuğunuz var mı? 1)Evet (çocuk sayısı.....) 2) Hayır
- 6) Gelir durumunuz: 1)Gelir giderinden az 2) Geliri giderine eşit 3)Geliri giderinden fazla
- 7) Yaşamakta olduğunuz yer:
 - 1) İl 2)İlçe/Beldë/Kasaba 3)Köy
- 8) Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
 - 1) Tek başına
 - 2) Çocuklarının yanında
 - 3) Eşyle birlikte
 - 4) Eşli ve çocuk/çocukları ile birlikte
 - 5) Akrabalarının yanında
 - 6) Huzurevinde
 - 7) Diğer (açıklayınız).....
- 9) Sizin bakımınıza yardımcı olan/olanlar var mı?
 - 1) Evet 2)Hayır (11.soruya geçiniz)
- 10) Kimler yardımcı oluyor ?
 - 1) Eş
 - 2) Çocuklar
 - 3) Diğer aile bireyleri
 - 4) Diğer (.....)
- 11) Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz? 1) İyi 2)Orta 3)Kötü
- 12) Kronik bir hastalığınız var mı? (Cevabınız evet ise açıklayınız)
 - 1) Evet (.....) 2)Hayır
- 13) Sigara içiyor musunuz?
 - 1) İçiyorum 2)İçiyordum bıraktım. 3) Hiç içmedim.
- 14) Sosyal güvenceniz var mı? 1)Evet 2) Hayır
- 15) Hangi konularda desteğe gereksinim duyarsınız? 1) Yeme içme 2) Alışveriş
3) Hastaneye gitme 4) Eczaneden ilaç alma 5) Diğer (.....)
- 16) Kullandığınız ilaçlar nelerdir?.....
- 17) Günlük kullandığınız ilaç sayısı nedir?
- 18) Ağrınız olduğunda azaltmak için ne yaparsınız?.....
- 19) Kendinizi üzgün ve/veya mutsuz hissettiğinizde kendinizi iyi hissetmek için ne yaparsınız?.....

Ek-2. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS)

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDS)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Gelecekte umutsuz musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Çözümsüz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak midir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek-3. Anket Soruları

EUROHIS-QOL3- Dönüş Sağlığı Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığını ve yaşamınızın farklı yönleri hakkında nezer değerdüğümler sorulmaktadır. Sorular son iki hafta içinde ki en az seyleri ne kadar yaşadığınız, yaşadığınız, iyi ya da deyuunca bulduğunuz ve ne odediğiniz hissettirdiğiniz sorulmaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vermenizden emniyet alamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genel olarak ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen her soruya okuyunuz, dıygu durumunuzu değersendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtı okuyunuz ya da işaretleştir.

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

- 1 Çok kötü
- 2 Biraz kötü
- 3 Ne iyi, ne kötü
- 4 Uldakça iyi
- 5 Çok iyi

2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- 1 Hiç hoşnut değil
- 2 Çok az hoşnut
- 3 Ne hoşnut, ne de değil
- 4 Epeyce hoşnut
- 5 Çok hoşnut

3. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

- 1 Hiç
- 2 Çok az
- 3 Orta derece
- 4 Çoğun
- 5 Tamamen

4. Günlük işlerinizi yürütme becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- 1 Hiç hoşnut değil
- 2 Çok az hoşnut
- 3 Ne hoşnut, ne de değil
- 4 Epeyce hoşnut
- 5 Çok hoşnut

5. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- 1 Hiç hoşnut değil
- 2 Çok az hoşnut
- 3 Ne hoşnut, ne de değil
- 4 Epeyce hoşnut
- 5 Çok hoşnut

6. Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- 1 Hiç hoşnut değil
- 2 Çok az hoşnut
- 3 Ne hoşnut, ne de değil
- 4 Epeyce hoşnut
- 5 Çok hoşnut

7. Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?

- 1 Hiç
- 2 Çok az
- 3 Orta derece
- 4 Çoğun
- 5 Tamamen

8. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

- 1 Hiç hoşnut değil
- 2 Çok az hoşnut
- 3 Ne hoşnut, ne de değil
- 4 Epeyce hoşnut
- 5 Çok hoşnut

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

	BAGIMLI	KISMEN BAGIMLI	BAGIMSIZ
YIKANMA			
Kendi başıma yıkanamıyorum	()	()	()
Yıkanırken yardım alıyorum	()	()	()
Kendi başıma yıkanabiliyorum	()	()	()
GIYINME			
Kendi başıma giyinemiyorum	()	()	()
Giyinirken yardım alıyorum	()	()	()
Kendi başıma giyinebiliyorum	()	()	()
TUVALET İHTİYACI			
Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum	()	()	()
Tuvalet ihtiyacımı karşılarırken yardım alıyorum	()	()	()
Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	()	()	()
TRANSFER			
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum	()	()	()
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum	()	()	()
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	()	()	()
KONTİNANS			
Mesane ve barsak boşaltımını kontrol edemiyorum	()	()	()
Mesane ve barsak boşaltımını kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum	()	()	()
Mesane ve barsak boşaltımını kontrol edebiliyorum.	()	()	()
BESLENME			
Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum	()	()	()
Yemeğimi yerken yardım alıyorum	()	()	()
Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	()	()	()

ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ FORMU

	PUAN		PUAN
TELEFONU KULLANABİLME		ÇAMAŞIR	
Telefonu rahatlıkla kullanabilir	(1)	Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar	(1)
Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir	(1)	Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir	(1)
Telefona cevap verir, ancak arıyamaz	(1)	Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır.	(0)
Telefonu hiç kullanamaz	(0)		
ALIŞVERİŞ		YOLCULUK	
Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar	(1)	Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır	(1)
Küçük alışverişlerini kendisi yapar	(0)	Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz	(1)
Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar	(0)	Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir	(1)
Alışveriş yapamaz	(0)	Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır	(0)
		Yolculuk yapamaz	(0)
YEMEK HAZIRLAMA		MALİ İŞLER	
Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir	(1)	Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir	(1)
Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir	(0)	Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	(1)
Hazır yemeği ister ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterliliğini sağlayamaz	(0)	Mali işlerini takip edemez	(0)
Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyaç vardır	(0)		
EV TEMİZLİĞİ		İLAÇLARINI KULLANABİLME SORUMLULUĞU	
Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir	(1)	-İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir	(1)
Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	(1)	-İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlarsa düzenli kullanabilir	(0)
Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz	(1)	-İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	(0)
Tüm ev idare işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	(1)		
Hiçbir ev temizliği işine katılmaz	(0)		

WHOQOL-OLD. TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

1. Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

2. İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

3. Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çok fazla
5. Son derecede

4. Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çok fazla
5. Son derecede

5. Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği konusunda mısınız?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çok fazla
5. Son derecede

6. Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede

4. Çokça
5. Aşırı derecede

7. Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çok fazla
5. Aşırı derecede

8. Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çok fazla
5. Aşırı derecede

9. Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri ne ölçüde tam olarak yaptığınız veya yapabildiğiniz hakkındadır.

10. Duyularımızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Tamamen

11. Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Tamamen

12. Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?

1. Hiç memnun değilim
2. Çok az memnunum
3. Orta derecede
4. Çokça memnunum
5. Tamamen memnunum

13. Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Tamamen

14. Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Tamamen

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar hoşnut, mutlu ve iyi hissettiğiniz ile ilgilidir.

15. Hayatınızda başardığımız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değilim
2. Çok az hoşnutum
3. Ne hoşnutum, ne de değilim
4. Epeyce hoşnutum
5. Çok hoşnutum

16. Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?

1. Hiç hoşnut değilim
2. Çok az hoşnutum
3. Ne hoşnutum, ne de değilim
4. Epeyce hoşnutum
5. Çok hoşnutum

17. Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değilim
2. Çok az hoşnutum
3. Ne hoşnutum, ne de değilim
4. Epeyce hoşnutum
5. Çok hoşnutum

18. Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değilim
2. Çok az hoşnutum
3. Ne hoşnutum, ne de değilim
4. Epeyce hoşnutum
5. Çok hoşnutum

19. Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değilim
2. Çok az hoşnutum
3. Ne hoşnutum, ne de değilim
4. Epeyce hoşnutum
5. Çok hoşnutum

20. Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?

1. Çok kötü
2. Biraz kötü
3. Ne iyi, ne kötü
4. Oldukça iyi
5. Çok iyi

Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz dostluk ilişkileri düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarırken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.

21. Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

22. Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

23. İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

24. İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

Yardımanız için teşekkür ederiz.

Ek-4. Geriatrik ağrı ölçeği

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 merdiven 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. Ağrıya dolayı işe ya da diğer aktivitelere ayırdığınız zaman azalıyor mu?		
10. İsteddiğiniz başarılarınız ağrıya dolayı azalıyor mu?		
11. Aktivitelerinizi ya da yaptığınız işi ağrıya dolayı sınırlandırdığınız oluyor mu?		
12. Yaptığınız iş ya da aktiviteler ağrıya dolayı extra çaba gerektiriyor mu?		
13. Ağrıya dolayı uyku probleminiz oluyor mu?		
14. Ağrı hissi dini aktivitelerinizi yapmanıza engel oluyor mu?		
15. Ağrı sizin sosyal ya da eğlence aktivitelerine katılmanızı engelliyor mu?		
16. Ağrı sizin seyahat ya da standart ulaşımınızı engelliyor mu?		
17. Ağrı sizin yorgun ve tükenmiş hissetmenize neden oluyor mu?		
18. Ağrı nedeniyle aile üyelerine ve arkadaşlarınıza bağımlı olmak zorunda mı kalıyorsunuz?		
19. 0 – 10 arası bir skalada "0" ağrı yok demek, "10" hayal edebileceğiniz en kötü ağrı anlamında ise sizin ağrınız bugün hangi şiddettedir? 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
20. Son 7 günde 0-10 arası bir skalada "0" hiç ağrı yok "10" hayal edebileceğiniz en kötü ağrı ise sizin ağrınız ortalama ne kadar şiddetlidir? 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" yanıt için 1 puan verilir ve sayısal yanıtlara eklenir.

Ek-5. Etik Kurul Raporu



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 52588837-000/ 216
Konu : Etik Kurul kararı

31/05/2016

Sayın Yrd.Doç.Dr.Hayva SERT
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığımız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz "Yaşlı bireylerin ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuzun 24.05.2016 tarih ve 2016-10/5 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.Mustafa HACİMUSTAFAOĞLU
Kurul Başkanı

A blue ink signature of Prof. Dr. Mustafa Hacımustafaoğlu, written over a circular stamp.

EKLER:
1-Karar (1 adet)
2-BGO formu (1 adet)
3-Anket

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
e-posta: uukack@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.uludag.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Güler DAŞKIN
Doğum yeri ve tarihi : Denizli 30.04.1989
Uyruğu : T.C
Medeni durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : nisan25_aksu@hotmail.com
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitim

Derece Yılı	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet
Yüksek Lisans	:Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2013-
Lisans	:Dumlupınar Üniversitesi Hemşirelik	2012
Lise	:Mehmet Akif Ersoy Lisesi	2007

III- Ünvanları

IV- Mesleki Deneyimi

Unvanı	Çalıştığı Kurum	Çalışma Yılı
Hemşire 2013	Uludağ Üniversitesi E.A.H	
Hemşire 2013	T.C Sağlık Bakanlığı D.P.Ü. Kütahya Evliye Çelebi E.A.H	
Hemşire 2014	Çekirge Devlet Hastanesi	

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler

