

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN YAŞLI
BİREYLERİN AĞRI İNANÇLARI VE DEPRESYON
DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra DEMİRCİ

İstanbul

Temmuz,2020

T.C.

**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN YAŞLI BİREYLERİN AĞRI
İNANÇLARI VE DEPRESYON DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra DEMİRCİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

İstanbul

Temmuz,2020

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Üye
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN

Onay
Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Ali GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlı Bireylerin Ağrı İnançları ve Depresyon Düzeyleri” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

İmza

Kübra DEMİRCİ



ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince ve çalışmamın her aşamasında desteğini, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, sonsuz saygı duyduğum Tez Danışmanım Değerli Hocam Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e,

Lisans eğitimimden bu yana desteğini ve katkısını hiçbir zaman esirgemeyen Tez Sınavında Jüri Üyesi olan, Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Hocam Prof. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik'e,

Araştırmamı yaptığım Aile Sağlığı Merkezleri Hekim ve Hemşirelerine,

Her zaman yanımda olan, benden sabrını esirgemeyen eşim Umut DEMİRCİ'ye,

Beni bugünlere getiren, manevi desteğiyle her zaman yanımda olan annem Serpil KILIÇER'e

Teşekkür ederim...

ÖZET

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN YAŞLI BİREYLERİN AĞRI İNANÇLARI VE DEPRESYON DÜZEYLERİ

Kübra DEMİRCİ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Temmuz, 2020 - 68 Sayfa

Bu çalışma Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlı bireylerin ağrı inançları, depresyon düzeyleri ve arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel nitelikte olan bu çalışmanın örneklemini, Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezine başvuran 413 yaşlı birey oluşturmaktadır. Veriler Tanıtıcı Bilgi formu, McGill-Melzack Ağrı Soru Formu, Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) aracılığıyla toplanmıştır. Yaşlı bireylerin %72'sinin sürekli ağrı yaşadığı, %59,4'ünün ağrısının derin olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerde %21,8 ile en çok üst ekstremitede ağrı yaşandığı sırasıyla %16,4 gövde bölgesi ve %6,1 baş ve üst ekstremitede olduğu tanımlanmıştır. Yaşlı bireylerin "Organik İnançlar" alt boyut puan ortalaması $2,91\pm 0,74$; "Psikolojik İnançlar" alt boyut puan ortalaması $2,86\pm 0,83$ olarak belirlenmiştir. Erkeklerin, genel sağlık durumunu iyi hissedenlerin ve son 6 ay içerisinde sürekli ağrı yaşamadığını ifade edenlerin "organik inançları" alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Gelir seviyesi çok kötü olanların "psikolojik inançları" alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %47,9'u kesin depresyondadır. Yaşlı bireylerden kadınların, bekar olanların, parçalanmış aile tipine sahip olanların, sağlık durumunu çok kötü hissedenlerin ve son 6 ay içerisinde sürekli ağrı yaşayanların GDÖ düzeyleri daha yüksektir. Organik inançlar ile GDÖ arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Sonuç olarak yaşlı bireylerin büyük çoğunluğun sürekli ağrı yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca yaşlı bireyler ağrının organik nedenli olduğuna inanmakta ve yarıya yakını depresyon yaşadığı tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerde organik ağrı inançları arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, ağrı, depresyon, ağrı inançları

ABSTRACT

PAIN BELIEFS AND DEPRESSION LEVELS OF ELDERLY INDIVIDUALS WHO APPLY TO THE FAMILY HEALTH CENTER

Kübra DEMİRCİ

Master Thesis

Thesis Advisor:

July, 2020 - 68 Page

The aim of the study was to evaluate the pain beliefs, depression levels and the relationship between elderly individuals who applied to the Family Health Center. Sample of the study with cross-sectional qualities consisted of 413 elderly individuals who applied to Family Health Center between February-March 2020. Data were collected by Introductory Information form, McGill-Melzack Pain Questionnaire, Pain Beliefs Scale (PBS) and Geriatric Depression Scale (GDS). It has been determined that 72% of elderly individuals experience constant pain and 59.4% have deep pain. It was defined that the elderly experienced the most pain in the upper extremity with 21.8%, respectively, 16.4% of the body area and 6.1% of the head and upper limbs, respectively. "Organic Beliefs" sub-dimension average score of elderly individuals was found to be $2,91\pm 0,74$ while "Psychological Beliefs" sub-dimension average score was $2,86\pm 0,83$. The 'organic beliefs' sub-dimension mean scores of men, those who felt their general health well and who stated that they did not experience constant pain in the last 6 months were higher. The "psychological beliefs" sub-dimension point average of those with bad income level was found higher. 47.9% of the elderly individuals participating in the research are in definite depression. Among the elderly individuals, women, those who are single, those who have a fragmented family type, those who feel the health condition very badly and who have experienced constant pain in the last 6 months GDÖ levels are higher. A medium-level positive relationship was found between organic beliefs and GDÖ. In conclusion, it was found that the vast majority of elderly individuals experience constant pain. In addition, elderly individuals believe that pain has organic causes and almost half of them experience depression. It has been determined that as the organic pain beliefs increase in elderly individuals, their depression levels increase.

Keywords: Elderliness, pain, depression, pain beliefs

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırma Soruları.....	3
İKİNCİ BÖLÜM.....	4
GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılık Hakkında Genel Bilgiler	4
2.2. Ağrı Hakkında Genel Bilgiler	6
2.2.1. Ağrının Sınıflandırılması	6
2.2.1.1. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması	7
2.2.1.2. Ağrının Mekanizmalarına Göre Sınıflandırılması	7
2.2.1.3. Ağrının Başlama Süresine Göre Sınıflandırılması	8
2.2.2. Ağrının Algılanması	8
2.2.3. Ağrının Değerlendirilmesi	9
2.3. Yaşlı Bireylerde Ağrı	11
2.3.1. Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirilmesi	12
2.4. Yaşlılarda Ağrı İnançları	13
2.5. Depresyon Hakkında Genel Bilgiler.....	15
2.6. Yaşlı Bireylerde Depresyon	15
2.7. Yaşlı Bireylerde Ağrı İnançları ve Depresyonun Değerlendirilmesi.....	17
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	19
GEREÇ VE YÖNTEM.....	19

3.1. Araştırmanın Amacı	19
3.2. Evren ve Örneklem	19
3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri	19
3.3. Veri Toplama Araçları	19
3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	20
3.3.2. McGill-Melzack Ağrı Soru Formu	20
3.3.3. Ağrı İnanç Ölçeği	21
3.3.4. Geriatrik Depresyon Ölçeği	22
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	22
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	24
BULGULAR	24
4.1. Sosyo Demografik ve Ağrıya İlişkin Bulgular	24
4.2. McGill-Melzack Ağrı Soru Formu Bulguları	27
4.2.1. Ağrı Bölgeleri	27
4.2.2. Ağrının Özellikleri	28
4.2.3. Ağrı ve Zaman İlişkisi	29
4.2.4. Ağrı Şiddeti	29
4.3. Ağrı İnançları Ölçeği Bulguları	30
4.4. Geriatrik Depresyon Ölçeği Bulguları	30
4.5. Sosyo Demografik Özellikler ile Ağrıya İlişkin Bulguların Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması ..	311
4.6. Yaş, Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyutları ve Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Korelasyon Analizi	344
BEŞİNCİ BÖLÜM	355
TARTIŞMA	355
ALTINCI BÖLÜM	40
SONUÇ VE ÖNERİLER	40
KAYNAKÇA	41
EKLER	50

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. WHO'nun Yaşlılık Sınıflandırması.....	5
Tablo 2.2. Kronik Ağrının Etkileri.....	8
Tablo 2.3. Ağrı Ölçekleri.....	10
Tablo 4.1. Yaşlı Bireylerin Sosyo Demografik Özellikleri.....	24
Tablo 4.2. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrıya İlişkin Bilgiler.....	26
Tablo 4.3. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrı Bölgeleri Dağılımı.....	27
Tablo 4.4. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrının Özellikleri Dağılımı.....	28
Tablo 4.5. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrının Zamanla İlişkinin Dağılımı.....	29
Tablo 4.6. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrı Şiddeti Dağılımları.....	30
Tablo 4.7. Yaşlı Bireylerin Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
Tablo 4.8. Yaşlı Bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
Tablo 4.9. Sosyo Demografik Özellikler İle Ağrı İnançları Alt Boyut Ve GDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.10 Sosyo Demografik Özellikler İle Ağrı İnançları Alt Boyut ve GDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.11. Korelasyon Analizi Sonuçları.....	34

SEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Yaşlı bireyde ağrı değerlendirmesi için algoritma..... 13

Şekil 4.1. Ağrı Bölgelerinin Dağılımı..... 27



KISALTMALAR LİSTESİ

AİÖ: Ağrı İnançları Ölçeği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

OECD: Organisation For Economic Co-Operation And Development

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

SS: Standart Deviation



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü uyarınca yaşlılık, çevresel uyarılara bireylerin entegre olma yetisinin zayıflaması olarak tanımlanmıştır (United Nations, 2015). Küresel bağlamda ele alındığında dünya genelinde 1880 senesinde yapılan tespitlere göre 60 yaşın üzerindeki bireylerin oranı %8,5 olarak saptanırken, 2017 yılına gelindiğinde bu oran %12,7 seviyesine yükselmiştir (OECD, 2019). Öngörülere bakıldığında bu oranların 2050 yılına değin, %90'lık artış göstererek, %22'ye yükseleceği ifade edilmiştir (WHO, 2015). Türkiye'de genel nüfus yoğunluğunun bünyesindeki yaşlı kesimi içeren orana bakıldığında 2014 senesinde %8 olarak tespit edilen rakam, 2019 senesinde ise %9,1 oranında artış göstermiştir. Bu oranın 2023'te %10,2, 2040'da %16,3, 2060'ta %22,6 ve 2080'de %25,6 olacağı öngörülmüştür (TÜİK, 2019).

Yaşlılık evresinde psikolojik, fizyolojik, sosyal ve ruhsal bakımdan çok sayıda farklılık ve problem gözlenebilmektedir. Bu süreçte bireylerin fiziksel ve bilişsel işlevlerinde, sağlık durumunda, gençlik, görünüm, verimlilik, cinsel yaşam, gelir seviyesinin, saygınlığın, bağımsızlığın, arkadaş çevresinin, sosyal ilişkilerin gün geçtikçe azaldığı ve bazılarının dair kayıpların yaşandığı ve yaş itibari ile çok sayıda problem gözlenmiştir (Kocataş vd, 2004). Bununla birlikte, bedensel birtakım sorunların da gündeme gelerek özellikle, depresyon, demans, diyabet, sıklıkla düşmeler, akciğer hastalıkları, sırt ve boyun ağrıları vb. yaşandığı belirtilmiştir (WHO, 2018).

Kas iskelet sistemi problemleri, nöropatiler, kardiyovasküler hastalıklar ve diğer kronik durumlar yaşlılarda en yaygın ağrı nedenleri arasında bildirilmiştir (Leveille vd., 2005). Literatür incelendiğinde yaşlılarda ağrı prevalansının %88,5-%99,7 arasında olduğu belirtilmiş ve yapılan çalışmada 80-84 yaş grubunda kronik ağrı oranı %31 olarak bulunmuştur (Gökkaya vd., 2012). Güler ve Akal (2009), yaşlılarda genel ağrı prevalansının %88,5-99,7 arasında seyrettiğini; kronik ağrı oranının ise %31-64,7 arasında olduğunu ifade etmişlerdir. Geriatri kliniğinde yatan yaşlı bireylerde ağrı oranı %67,3 olarak bildirilirken; huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı oranı %50-57,9 arasında olarak bildirilmiştir (Gümüş vd, 2012). Ağrı; uyku, yürüme ve denge bozukluklarına, düşme riskinde artışa, izolasyona, depresif belirtilere ve anksiyeteye yol açabileceği ifade edilmiştir (Tsai vd., 2004).

Ağrıyı tetikleyen unsurlar kapsamında, duygusal, bilişsel, davranışsal, çevresel, etnik ve kültürel bazda faktörlerden söz edilmiştir (Babadağ ve Alparslan, 2017; Peker, 2007). Söz konusu unsurların dâhilinde bulunan bilişsel unsurlarda ağrı inançları ön plana çıkmıştır (Baird and Haslam, 2013). Ağrı inançlarının odak noktasında, organik ve psikolojik inançlar olarak iki farklı kavram yer almıştır. Organik inançlar, ağrıya sebep olan unsurların, bireylerin bedeninde yaralanma ve zararlardan kaynakladığına dair inançlar olmuştur. Psikolojik inançlara bakılacak olursa, ağrının temelinde anksiyete, depresyon vb. psikolojik etkenlerin neden olduğu ifade edilmiştir (Babadağ ve Alparslan, 2017; Baird and Haslam, 2013).

Ağrısı bulunan bireylerin bakımı açısından yükümlülükleri bulunan hemşirelerin, ağrının denetimi ve ortadan kaldırılması konusunda destek sağlayabilmesi adına, hastaların ağrıya dair inançlarının bilinmesi önem taşıdığı belirtilmiştir (Özel vd, 2014; Birge ve Mollaoğlu, 2018). Yaşlı bireylerin ağrıları, depresyon, sosyal izolasyon, uyku sorunu, aktivite kaybı ve sağlık servislerinin sıklıkla kullanımından dolayı, ekonomik yönden olumsuzluklar meydana gelebilmiştir (Gümüş vd., 2012; Yıldız vd., 2009).

65 yaş ve üstü kişilerde ilk sırada duyuşsal bozukluklar yer almıştır (WHO,2013). Depresyon en yaygın duygu durum bozukluğudur ve bireyin yaşamını ciddiyetine göre etkilemiştir (WHO, 2017). Türkiye’de yapılan bir çalışmada yaşlılarda depresyon sıklığı değerlendirilmiş, 65–74 yaş arasındaki yaşlılarda görülen depresyon sıklığı huzurevinde ve evde yaşayanlarda sırasıyla %68,9 ve %81,8 iken, 75 ve üzeri yaş grubunda huzurevi ve evde yaşayanlarda görülen depresyon sıklığı sırasıyla %31,1 ve %18,2 olarak belirtilmiştir (Demir vd., 2013). Geriatri polikliniğine başvuran bireyler üzerinde yapılmış bir başka çalışmada da bireylerin %30,7’sinde, serviste yatmakta olan hastaların ise %35’inde majör depresyon saptanmıştır (Duru ve Özdemir, 2009).

Yaşlı bireyler depresyon yaşadıklarında, yaşamlarında etkili bir şekilde işlev göremediği belirtilmiştir. Depresyon, bazı temel boyutlardan oluşan çok faktörlü bir etiyolojiye sahiptir. Bu faktörler bilişsel, duygusal, somatik ve motivasyon olarak tanımlanmıştır. Bilişsel belirtiler bireylerin kendilerine, dünyaya ve geleceğe olumsuz bakış açılarından oluşmuştur. Yaşlı bireyler hayatlarındaki olumsuz olaylar nedeniyle kendilerini suçlamış, kendilerini istenmeyen, yetersiz biri olarak tanımlamıştır. Duygusal depresyon semptomlarından muzdarip olan yaşlı bireyler kendilerini olumsuz ruh hallerinde hissetmekte ve kendilerini boş, umutsuz, sefil olarak ifade etmiştir.

Depresyondan muzdarip bireyler baş ağrısı, iştah ve uykuda rahatsızlıklar, enerji eksikliği yaşamıştır. Bu semptomlar somatik semptomlar olarak tanımlanabileceği bildirilmiştir (Spielberg vd., 2008).

Ağrı kimi zaman depresif bozukluğun bir belirtisi olabileceği gibi, kimi zaman da fiziksel bir bozukluk olarak kişinin ruhsal dünyasında bozulmalara yol açabilmiştir (Tütüncü ve Güney, 2011). Bir meta analizde depresyonu olan hastalarda ağrı prevalansı %65 bulunmuştur (Greist vd., 2008).

Literatürde ağrı inançları ve depresyon düzeyleri ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamız; Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlı bireylerin ağrı inançları ve depresyon düzeyleri ve arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

1. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlı bireylerin ağrı inançları düzeyleri nedir?
2. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri nedir?
3. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlı bireylerin ağrı inançları ve depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Hakkında Genel Bilgiler

Yaşlılık, bireylerin yaşamları boyunca gelişme ve olgunlaşmayı izleyen, genetik ve çevresel etkileşimlerin optimum düzeyde gözlendiği fizyolojik ve ruhsal farklılıkların doğduğu karmaşık yapıya sahip olan, bütün canlılarda gözlenebilen, çocukluk, gençlik, erişkinlik vb. doğal olarak gelişen ve kaçınılması mümkün olmayan bir süreç olmuştur (Yerli, 2017). Dünya Sağlık Örgütü uyarınca yaşlılık, çevresel uyaranlara entegre olma yetisinin zayıflaması olarak tanımlanmıştır (United Nations, 2015).

Küresel bağlamda ele alındığında dünya genelinde 1880 senesinde yapılan tespitlere göre 60 yaşın üzerindeki bireylerin oranı %8,5 olarak saptanırken, 2017 yılına gelindiğinde bu oran %12,7 seviyesine yükselmiştir (OECD, 2019). Öngörülere bakıldığında bu oranların 2050 yılına değin, %90'lık artış göstererek, %22'ye yükseleceği ifade edilmiştir (WHO, 2015). Türkiye'de genel nüfus yoğunluğunun bünyesindeki yaşlı kesimi içeren orana bakıldığında 2014 senesinde %8 olarak tespit edilen rakam, 2019 senesinde ise %9,1 oranında artış göstermiştir. Bu oranın 2023'te %10,2, 2040'da %16,3, 2060'ta %22,6 ve 2080'de %25,6 olacağı öngörülmüştür (TÜİK, 2019).

Toplumlar için de yaşlılık ifadesi kullanılmıştır. Bir toplumda 65 yaş ve üzerindeki kişi sayısının toplam nüfus içinde aldığı payın düzeyine göre toplumlar “genç”, “olgun” ve “yaşlı” olarak nitelenmektedir. Bir toplumda 65 yaş ve üzeri nüfusun toplamdaki payı “%4'ten azsa genç nüfus; %4-6,9 ise olgun/erişkin nüfus; %7-10 ise yaşlı nüfus ve %10'dan fazla ise çok yaşlı nüfustan” söz edilmiştir (Karadakovan, 2014).

Yaşlılık kavramı geniş çaplı ele alındığında zihinsel, fiziksel, sosyal düzeyde, kronolojik ve toplumsal bağlamda sınıflandırılmıştır. Kronolojik anlamda yaşlılık olgusu, kişinin dünyaya geldiği evreden ait olduğu yaş aralığına değin tüm yaşlarını kapsayan rakam olarak değerlendirilmiştir. Biyolojik açıdan yaşlılık, kişinin her geçen zaman dilimine oranla bedenen gözlenen yapısal ve fonksiyonel değişimlerin yanında, algı, öğrenme, hafıza yetisi vb. konulardaki gerilemeyi ve olası farklılıklara entegre olma konusunda yaşanan güçlükleri içermiştir. Psikolojik düzeyde yaşlılık, kronolojik

yaşlılıkta olduğu gibi, algı, öğrenme ve hafıza kapasitesi gibi alanlarda ortaya çıkan fonksiyonel gerilikleri kapsamıştır. Sosyolojik bakımdan yaşlılık, toplumsal çerçevede çalışma ve sosyal hayata yönelik birtakım becerilerin gerileme sürecine girerek zamanla yitirilmesi ile grup bağlamında uyumsuzluk gözlenmesi olarak ifade edilmiştir. Toplumsal düzeyde yaşlılık, kişilerin rutin güncel yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesi ve içinde bulunulan toplumsal yapıya gereğince ayak uydurulamaması olarak da tabir edilmiştir (Karadakovan, 2014).

Yaşlılık konusu ilk defa kronolojik bağlamda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) aracılığı ile 1963 senesinde gruplandırılarak, 60 yaşını dolduran tüm bireylerin bu kapsamda nitelendirilmesi konusunda görüş birliğine varılmıştır (WHO, 1998). İlerleyen zamanlarda dünyaya geliş evresi ile öngörülen yaşam süresinde artış gözlenmesi, sağlık ve teknoloji alanında erişilen üst düzey ilerlemelerin ardından bireylerin ortalama yaşam sürelerinin uzadığı görülmüştür. Bundan dolayı WHO, konuya getirdiği tanımın üzerinden 1998 yılına değin yaşlılığa yönelik gruplamaları göz önünde bulundurarak, 65 yaşından itibaren üst yaş aralığını yaşlı grup olarak değerlendirmiştir (United Nations, 2015). Söz konusu yaş sınıflandırması, 2017 senesi itibari ile WHO aracılığı ile yeniden yapılandırılarak, bu doğrultuda 16-65 yaş aralığı genç nüfus olarak ele alınırken, 66-79 yaş aralığı orta kategoride ve 80 -99 yaş aralığı ise yaşlı şeklinde nitelendirilmiştir. Aynı zamanda yaşlı kesime yönelik saptanan sınır ise 65 yerine 89 olarak belirtilmiştir (WHO, 2017).

Tablo 2.1. WHO'nun Yaşlılık Sınıflandırması

1963		1998		2017	
Yaş grubu	Sınıflama	Yaş grubu	Sınıflama	Yaş grubu	Sınıflama
45-59	Orta yaşlı	60-74	Genç/erken yaşlılık	15-65	Genç
60-74	Yaşlı	74-84	Yaşlılık	66-79	Orta Yaş
75 ve üzeri	İleri yaşlılık	85 ve üzeri	İleri yaşlılık	80-99	Yaşlı

Yaşlılığa bağlı vücutta psikolojik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelmiştir. Yaşlanma süreci ile bireylerin biyolojik ve fizyolojik kapasitesi azalmıştır. Yaşlanma sürecinde vücudun tüm hücre, organ ve sistemlerinde farklı derecelerde değişiklikler meydana gelmiştir. Artan stres, değişen koşullara adaptasyon ve bağışıklığın azalması, duyuvarın zayıflaması, kognitif süreçlerde meydana gelen değişim nedeniyle algılama,

kavrama ve koordinasyonda güçlüklerin ortaya çıkması sonucu yaşlı bireylerde kronik hastalıklar görülmüştür (Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı). Yaşlanma ile birlikte kas iskelet sistemi, periferik ve merkezi sinir sistemi, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, üriner sistem ve endokrin sistemde önemli değişiklikler ortaya çıkmıştır. Bu değişiklikler bireyin günlük yaşamını, çalışma hayatını, bağımlılık durumunu ve çevresi ile iletişimini etkilemiştir. Özellikle kas iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler fiziksel aktivite ve kas kuvvetinin azalmasına ve sarkopeniye neden olmuştur. Kemik mineral kaybı ve osteoporoz, osteoartritik değişiklikler ve kırıklar bu dönemde görülen önemli problemlerdir. Kas iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler fiziksel aktivitede azalmaya ve ağrı problemlerine yol açmıştır (Karadakovan, 2014; Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı).

Ağrı algı mekanizmalarında yaşlanma sürecinde bazı değişiklikler olduğu bildirilmiştir. Serebrum hacminin azalması, serebrumda beyaz maddede atrofi gelişmesi ve periferde ağrı algılanmasında rolü olan ağrı reseptörlerinin fonksiyonlarının bozulması ve yoğunluğunun azalması bu değişiklikler arasındadır. Bu sebeple ağrı yaşlılarda son derece önemli bir olgudur (Çırak, 2018).

2.2. Ağrı Hakkında Genel Bilgiler

İnsanoğlunun varoluşundan itibaren bilinen ağrı; günümüzde tıpta yaşanan büyük ilerlemelere rağmen hala hastaları sağlık bakım profesyonellerinden yardım almaya yönlendiren en önemli semptomlardan birisidir (Aslan ve Badır, 2005). Uluslararası Ağrı Araştırma Derneğine göre ağrı, “vücuttaki herhangi bir yerde oluşan, organik bir sebeple ya da bir sebebe bağlı olmadan, bireyin önceki deneyimleriyle alakalı, emosyonel, sensoryal, rahatsızlık verici bir his şeklinde” tanımlanmıştır (Yücel, 2014).

Herkes hayatının bir noktasında ağrı yaşamıştır. Ağrı hoşnutsuz ve istenmeyen bir durum olarak kabul edilmesine rağmen vücut için koruyucu bir rol oynamakta, sağlığı tehdit eden durumlarda bir uyarıcı görevi görmektedir. Ağrı bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen bir semptomdur (Zyga et.al., 2015).

2.2.1. Ağrının Sınıflandırılması

Çok boyutlu bir kavram olan ağrının sınıflandırılması karmaşıktır ve çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Ağrı sıklıkla 3 başlık altında sınıflandırılmıştır.

1. Ağrının kaynaklandığı bölgeye göre,
2. Ağrının mekanizmalarına göre,
3. Ağrının başlama süresine göre sınıflandırma yapılabilmektedir (Aydın, 2002; Aslan, 2014).

2.2.1.1. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması

Somatik Ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanan, keskin, ani başlayan iyi lokalize olan ağrıdır.

Visseral Ağrı: Künt, yavaş başlayan ve lokalizasyonu güç olan iç organlardan kaynaklanan ağrı tipidir. Kimyasal iritanlar, iskemi, organların ani gerilmesi visseral ağrı uyaranları arasında sayılabilmektedir.

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkan, yanma şeklinde olan ağrıdır.

Periferik Ağrı: Tendonlar, kaslar ve periferik sinirler kökenli ağrılardır (Aslan, 2014).

2.2.1.2. Ağrının Mekanizmalarına Göre Sınıflandırılması

Nosiseptif Ağrı: Nosiseptörlerin fizyopatolojik olaylar ile uyarılmaları sonucu oluşan ağrılardır. Somatik ve visseral ağrı nosiseptif ağrıya örnektir.

Nöropatik Ağrı: Santral/periferik yaralanmaya veya metabolik hastalığın sonucunda sekonder fonksiyonel veya yapısal sinir sistemi adaptasyonlarına neden olan ağrıdır. Yanma, uyuşukluk hissi, karıncalanma gibi hisler mevcuttur.

Defferantasyon Ağrısı: Periferik veya santral sinir sistemi yaralanmaları sonucunda uyarı iletiminin merkezi sinir sistemine akışının kesilmesiyle ortaya çıkmıştır. Fantom ağrıları en iyi örnektir.

Reaktif Ağrı: Sempatik ya da motor afferentlerin refleks aktivasyonu ile nosiseptörlerin uyarılmasının sonucu ortaya çıkmıştır.

Psikosomatik Ağrı: Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlerde doku hasarı varmış gibi algılamaya neden olduğu belirtilmiştir (Aydın, 2002; Dikmen, 2013; Aslan, 2014).

2.2.1.3. Ağrının Başlama Süresine Göre Sınıflandırılması

Akut Ağrı: Cerrahi, travma ya da doku hasarı sonucunda oluşan, analjezik ilaçlar ile kontrol altına alınabilen ve iyileşme sürecinin sonunda kaybolan bir ağrıdır (Aslan, 2014).

Kronik Ağrı: Genellikle üç aydan daha uzun süredir var olan, iyileşme sürecinden bağımsız bir şekilde bilişsel, affektif ve motivasyonel rahatsızlıkların da eşlik ettiği, fonksiyonel kapasitede azalma ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan, çoklu tedavi gerektiren bir süreç olarak tanımlanmıştır (Cavlak vd, 2015; Uyar ve Köken, 2017). Kronik ağrı vücutta birçok sistemi olumsuz etkilenmiştir. Kronik ağrıya bağlı bireylerde meydana gelen olumsuz etkiler tablo 2.2’de gösterilmiştir (Cavlak vd, 2015). Kronik ağrı kendi içerisinde kanser ve kanser dışı ağrılar olmak üzere de iki gruba ayrılmıştır (Uyar ve Köken, 2017).

Tablo 2.2. Kronik Ağrının Etkileri (Uyar ve Köken, 2017)

Fizyolojik etkiler	Uyku bozukluğu ve yorgun uyanma Ruhsal bozukluklar Aşırı şişmanlama ya da kilo kaybı Sosyal aktivitelerden kaçınma Fazla miktarda ilaç kullanımı
Mental ve psikolojik etkiler	2-6 ay: Histeri ve hipokondriyazis şeklinde konversiyon reaksiyonlar 6 ay-8 yıl: Depresyon, obsesif-kompulsif kişilik, anksiyete ve düşmanlık, narkotik bağımlılığı Geç dönemde (3-12 yıl) ağrı ile yaşamayı öğrenme fakat onu kabullenmeme
Sosyolojik etkiler	Sosyal ilişkilerde bozulma, işini kaybetme

2.2.2. Ağrının Algılanması

Ağrının hissedilmesi, duyarlı nosiseptörlerin etkinliği veya hasar gören dokuların salgıladığı mediyatörler tarafından, spinal kord afferend transmisyona ve dorsal boynuz bağlamında üst kademelere sinyal gönderim sonucunda olmuştur (Uyar ve Köken, 2017). Bu noktada başlangıç evresi primer afferen nosiseptörler şeklinde ifade edilen özelleşen sinir uçları bulunmaktadır. Nosisepsiyon, dokularda oluşan hasarı ve ağrının hissedilmesi esnasında gelişen birtakım elektrokimyasal durumların tümü olmaktadır. Ağrının hissedilmesi, transdüksiyon, transmisyona, modülasyon ve persepsiyon olarak dört evrede yaşanmaktadır (Yücel, 2014).

1. Ağrının hissedilmesi (Transdüksiyon): Nosiseptörlerdeki ağrılı uyarının elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir (Uyar ve Köken, 2017).
2. Ağrının iletilmesi (Transmisyon): Nosiseptörlerin aktive edilmesi ile buldukları dokularda oluşan zararlı uyarıların serbest sinir uçlarında polarizasyonu başlatmaları ile ağrılı uyarının üst merkeze iletilmesidir (Yücel, 2014). Üst merkeze iletilme sırasında miyelinli A delta lifleri ve miyelin bulunmayan C lifleri aktiftir. Hızlı ileten lifler, miyelinli A delta lifleridir, diğerine göre hızı daha düşük olarak ileten lifler, miyelinsiz C lifleridir (Uyar ve Köken, 2017).

Ağrının iletilmesinde ilk olarak primer sensöriyel afferent nöronlar oluşan elektriksel aktiviteyi spinal korda taşınmaktadır. Daha sonra, ağrılı uyarılar medulla spinalisten assendan ileti sistemi aracılığıyla beyin sapı ve talamusa ulaştırılmaktadır. Son aşamada, talamustan talamokortikal bağlantılar ile somatosensöriyel kortekse iletilmektedir (Uyar ve Köken, 2017).
3. Ağrının düzenlenmesi (Modülasyon): Nosiseptif iletimin nöral etkenler ile düzenlenmiş olmasıdır (Uyar ve Köken, 2017).
4. Ağrının algılanması (Persepsiyon): Bireyde psikolojik, sosyal ve humoral faktörlerin etkileşiminin sentezlenmesi ile uyarının algılandığı son aşamadır (Aydın, 2002).

Ağrının algı ve tepkisinde biyo-psikososyal etkenler rol oynamaktadır. Bunlar:

- **Sosyal:** Sosyal çevre, iş, aile ve arkadaşlar.
- **Psikolojik:** Kişilik özellikleri; geçmişteki ya da şimdiki psikiyatrik bozukluk öfke, anksiyete, depresif mizaç, dayanıklılık, kişisel etkinlik.
- **Biyolojik:** Lezyonun yeri; ağrının şiddeti, yeri, niteliği ve sürekliliği.

Hastanın kişilik, aile, iş ve sosyal yaşam özelliklerinin, ağrı duyusuna verdiği anlamın, ağrının yaşamını ne düzeyde etkileyeceği düşüncesinin ve ağrı yaşantısı deneyimlerinin bilinmesi ağrıyı değerlendirme ve tedavi etmede büyük önem taşımaktadır (Kutsal,2012).

2.2.3. Ağrının Değerlendirilmesi

Bireye özgü deneyimlenen bir durum olan ağrı, kişisel özelliklerden de etkilendiği için tanımlanması ve anlaşılması oldukça güçtür. Özveren McCaffery'in ağrıyı "bireyin

söylediği şeydir, eğer birey söylüyorsa vardır” şeklinde tanımladığını bildirmiştir. Bundan dolayı ağrıyı ifade etmede en yetkili kişinin bireyin kendisi olduğunu ve bireyin sözlü veya sözsüz ağrı ifadelerine inanılması gerektiği bildirilmiştir (Özveren vd,2018). Hissedilen ağrının tanımlanması ve algılanması kişilere göre farklılık göstermiştir. Ağrı yaşam biçimi, çevresel faktörler, bilişsel fonksiyonlar, sosyo-kültürel düzey, psikolojik faktörler, yaş, ırk, cinsiyet gibi pek çok iç ve dış faktörlerden etkilendiği belirtilmiştir (Atik vd, 2016).

Ağrının, vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı ve solunum ile birlikte beşinci yaşam bulgusu olarak değerlendirilmesi önerilmiştir (Aslan, 2014). Ağrının şiddeti, yeri, karakteri ve süresi açısından değerlendirilmesi ağrı yönetiminin ilk adımıdır. Değerlendirme araçlarını ve kişisel görüşmeleri kullanarak yapılan multidisipliner yaklaşım, ağrı için uygun ve kapsamlı bir çalışmaya yardımcı olabilmektedir (Rania vd., 2017).

Ağrının değerlendirmesinde kullanılan tek boyutlu ve çok boyutlu ölçekler tablo 2.3’de gösterilmiştir (Aslan, 2014). Ağrının değerlendirilmesinde kullanılan tek boyutlu ölçekler, ağrı şiddetini ölçmekte olup, değerlendirmeyi birey yapabilmektedir. Tek boyutlu ölçekler akut ağrının değerlendirilmesinde ve kişiye uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini ölçmekte kullanılmıştır. Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan çok boyutlu ölçekler ise, kronik ağrılı hastalarda ağrının özelliği, yeri, şiddeti ve zamanla ilişkisi gibi ağrının kompleks doğasını incelemek amacıyla uygulanmıştır (Aslan, 2002).

Tablo 2.3. Ağrı Ölçekleri

Tek Boyutlu Ölçekler <ul style="list-style-type: none">• Sözel kategori ölçeği• Sayısal ölçekler• Visual Analog Skala (VAS)• Burford Ağrı Termometresi (BAT)	Çok Boyutlu Ölçekler <ul style="list-style-type: none">• Mc Gill Ağrı Ölçeği• Dartmount Ağrı Soru Formu• West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi• Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı• Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi• Ağrı Algılama Profili• Davranış Modelleri
--	---

Ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı ile hastaların sayılar ya da kelimeler ile bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliği objektif hale dönüştürülmüştür. Ayrıca hastaların bakımını sürdüren sağlık profesyonelleri arasındaki yorum farklılıklarını ortadan kaldırarak daha etkin ağrı yönetimi sağlayabilmektedir (Aslan, 2002). Ağrının değerlendirilmesinde hemşire, ağrının yeri, niteliği, şiddeti, hastanın ağrısını ifade etme

biçimi, ağrıyı azaltan ve arttıran durumlar ile hastanın ağrıya verdiği tepkileri içeren ölçeklerin kullanması gerektiği bildirilmiştir (Özveren vd, 2018).

2.3. Yaşlı Bireylerde Ağrı

İleri yaş gruplarında çok sık rastlanan bir durum olan ağrı, yaşlılıkta en önemli sağlık problemlerinden biri olup, görülme sıklığı yaş ile paralel olarak artmıştır (Yang vd., 2015). Yapılan çalışmada yaşlanma ile beraber ağrı şikâyetlerinde artış olduğu belirtilmiştir (Demir vd., 2013). Artritik değişiklikler, disk dejenerasyonları, osteoporoz ve romatizmal durumlar gibi kas iskelet sistemi hastalıkları başta olmak üzere malignite, diyabetik nöropati, vasküler hastalıklar gibi kardiyovasküler, gastrointestinal ve üriner sistem hastalıkları yaşlılarda en yaygın ağrı nedenleri olarak sayılmıştır (Babadag ve Alparslan, 2016; Ordu vd, 2012).

Literatüre bakıldığında ağrıların yaşlılık sürecinde çok daha yoğun gelişen şikâyetler arasında olmasına rağmen, çok sayıda yaşlı bireyin söz konusu ağrıların yaşlılıktan kaynaklandığını öne sürdükleri belirtilmiştir (Yücel ve Kayıhan, 2011). Literatürde yaşlı bireylerde ağrı prevalansı %88,5–99,7 ve kronik ağrı düzeyi %31–64,7 olarak saptanmıştır. (Tanrıverdi vd, 2009; Ordu vd., 2012). Ev ortamında yaşayan yaşlılarda ağrı insidansının %27 ile %74 arasında olduğu, huzurevinde yaşayanlarda ise bu oranın %1,5 ile %65,3 arasında değiştiği belirtilmiştir (Özyalçın, 2004). Geriatri kliniğinde tedavi gören yaşlı hastalarda gözlenen ağrı düzeyinin %67,3 olduğu belirtilmişken, huzurevlerinde bulunan yaşlılarda saptanan ağrı düzeyinin %50–57,9 şeklinde olduğu ifade edilmiştir (Gümüş vd, 2012). Yaşlı bireylerin kronik ağrıların en sık diz, kalça ve sırtta olduğu bildirilmiştir (Schofield, 2018).

Subjektif bir deneyim olan ağrı, çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilmekte ve yaşlının fiziksel fonksiyonlarını, yaşam kalitesini ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkileyebilmiştir (Aslan, 2006). Ağrı yaşlı bireylerde sosyal izolasyon, uyku problemleri, depresyon, aktivitenin bozulması, sağlık servisi kullanımı ve ekonomik zararlara sebebiyet vereceği bildirilmiştir (Yıldız vd, 2009; Gümüş vd, 2012; Lemola ve Richter, 2013; Hutton vd, 2009; Paterson ve Warburton, 2010; Noro vd, 2012). Ağrı, algısal bir olay ve dokuya yönelik bir tehdit ile başlamakta ve önemli koruyucu sinyalizasyon iken; kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, bazen de günlük yaşamı dayanılmaz hale getiren bir boyuta gelebilmektedir. Ağrının kontrol altına alınması son

derece önemlidir. Çünkü bireyi ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden etkilemektedir (Çırak, 2018).

2.3.1. Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirilmesi

Gün geçtikçe dünya üzerinde yaşlı nüfus oranında artışlar görülmektedir. Bireylerin yaş alması sonucunda gelişen bilişsel farklılıklarla çoklu sağlık problemlerinin saptanması konusunda ağrı seviyesinin belirlenmesi adına birtakım sorunlar yaşanmaktadır. Bu doğrultuda yaşlı kesime dair gelişen ağrıların yönetimine dair güçlükler meydana gelmektedir (American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons, 2009). Yaşlı kategorisinde yer alan bireylerin karşılaştıkları ağrılara dair saptama yapılabilmesi adına hemşirelerin yoğunlukla hastaların aileleri ile güvene dayalı etkileşimde bulunmaları gerekmektedir (Kennedy Nkhoma and Arthur, 2013). Meydana gelen ağrının geniş çaplı olarak incelenmesinin ardından yatarak tedavilerde elde edilen sonuçlarla beraber, periyodik olarak her gün, ayakta tedavi edilen hastalarda ise tüm tedavi sürecinde ele alınması gerekmektedir.

Ağrının saptanması evresinde, meydana gelen ağrının türü ile hastaya göre elverişli olan değerlendirme araçlarının kullanılmasına özen gösterilmelidir. Oluşan ağrının bulunduğu nokta, özelliği, oluşum süresi, sıklığı, şiddeti vb. konularda, söz konusu ağrıyı arttıran ya da azaltan unsurlarla beraber hasta için en uygun şekilde işlemlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons, 2009; Schofield, 2018).

Yaş grubundan dolayı oluşan ağrının hastalar tarafından tabir edilmesi konusunda sorunlar meydana gelebilmektedir. Bundan dolayı yoğunlukla mimikler ve inlemeler şeklinde tepkilerin dikkatle incelenmesi gerekmektedir (Babadag ve Alparslan,2016). Genellikle görülen tepkilere bakıldığında sıklıkla terleme, solunum farklılıkları, taşikardi, ten renginde solgunluk, gözlerini sıkma, çenenin ve yanakların buruşturulması, dudakların sıkılması, hastaların yürüyüşlerinde oluşan farklılıklar, yinelenen hareketler, ses tonundaki değişim, uzuvları destekleme, hırıltılı şekilde nefes alma, inleme, haykırma, sinirli ya da saldırgan tavırlar sergileme, uyku bozuklukları, konfüzyon, göz yaşı vb. gibi davranışlarla karşılaşmaktadır (Collett vd., 2007).

Ağrı inançlarının, biliş, tutum, duygu, düşünceler şeklinde ifade edildiği görüşü Ellis aracılığı ile öne sürülmüştür. İnançlar, sabit olmamanın yanında, test edilebilen, gözlenebilen, değişime imkân bulunan hipotezlerden oluşmuştur (Babadağ ve Alparslan, 2014; Sharp vd, 2010). Ellis'e göre ağrı inançları bilişler, düşünceler, tutumlar ve duygulardan etkilenebilmiştir (Ellis, 1997).

Ağrının psikolojik ve organik düzeyde geliştiğine dair inanç bulunmuştur. Organik inançta, meydana gelen ağrının sebebine yönelik bireylerin bedenlerinde görülen yaralara ve hasarlara bakılmıştır. Yaranın büyüklüğü ile ağrının şiddeti ilişkilendirilmiştir. Bu doğrultuda, organik ağrıların kontrol altına alınması konusunda biyomedikal algının öne çıktığı ve ağrının sebebinin giderilmesi ve yoğunlukla egzersiz odaklı tedavilerin kullanıldığı ifade edilmiştir. Psikolojik inançta, ağrının temelinde genellikle depresif sebeplerle anksiyete vb. ruhsal etkilerin bulunduğu inancı yer almıştır. Ağrıyı kontrol altına alabilmek adına bireylerin farklı noktalara dikkatleri çekilerek, bedenin gevşemesi için birtakım metotlardan yararlanılmıştır (Babadağ ve Alparslan, 2017; Baird and Haslam, 2013).

Ağrı inançlarında ve ağrıların üstesinden gelebilme politikalarında yaşlı bireylerde farklı tepkiler verildiği ifade edilmiştir. Cornally ve McCarthy'nin yaşlı hastaların katılımı ile gerçekleştirdikleri incelemede, ağrının temel nedeninin orta yaşa paralel olarak geliştiğine dair inancın yoğun olarak gözlemlendiği, genellikle ağrıların organik temele dayandığına inanılarak, destek isteme ihtimallerinin de yüksek düzeyde olduğu kanısına ulaşılmıştır. Aynı çalışma çerçevesinde hasta bireylerin ağrının temelinde psikolojik değerlerin olmasının dışında yaşla alakalı olduğu da belirtilmiştir (Cornally ve McCarthy, 2011).

Geriatrik bireylerde ağrıya yönelik inancın saptanmasına dair Ulus ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri incelemede, yaşlıların % 42'sinde "ağrının doku hasarından kaynaklandığı" inancı ve % 51'inde ise "Ağrı bir hastalık belirtisidir" inancı yüksek bulunmuştur. Bu çalışma sonucuna göre, huzurevlerinde yaşayan bireylerin ağrıyı bir hastalık olarak algıladıkları ifade edilmiştir (Ulus vd, 2014). Ruzicka ve arkadaşlarının yürütmüş oldukları araştırma kapsamında, 65 yaşının üzerinde bulunan bireylerin kronik bazda non malign ağrı, terminal süreçte bulunan ve bulunmayan kanser ağrısı gözlenen hastaların ağrıya dair yaklaşımları ve inançları karşılaştırılmıştır. Buna paralel olarak, terminal süreçte kanser ağrısı gözlenen bireylerin organik inançlarının daha

yüksek düzeyde olduğu, iyileşme olasılığı bulunan kanser ağrısı gözlenen hastaların ise psikolojik inanç puanlarının çok daha yüksek düzeyde olduğu ifade edilmiştir (Ruzicka vd, 2007).

Ağrı şikayeti yaşayan bireylerin ağrının organik ya da psikolojik kökenli oluşu ile ilgili inançlarının ağrı ile baş etme stratejilerinde farklılıklar yaratabileceği bildirilmiştir (Birge ve Mollaoğlu, 2018). Ağrı inançları ile yapılan çalışmalarda bireylerin sahip olduğu inanca göre tedavi süreçlerinin ve baş etme yollarının farklılaştığı belirtilmiştir (Babadağ ve Alparslan, 2017; Cornally and McCarthy, 2011; Babadağ vd, 2015).

2.5. Depresyon Hakkında Genel Bilgiler

Depresyon, dünya çapında 264 milyondan fazla insanı etkileyen yaygın bir ruhsal bozukluktur. Kalıcı üzüntü ve eğlenceli aktivitelerde ilgi/zevk eksikliği ile karakterizedir. Depresyonun etkileri tekrarlayıcı ve uzun süreli olabilmekte ve bir kişinin yaşama yeteneğini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Depresyon, dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir ve küresel hastalık yüküne büyük katkıda bulunmaktadır (WHO, 2020).

Genel olarak depresif belirtiler, eskiden beri yaptığı etkinlikleri yapmada zorluk çekme, geleceğe yönelik umutsuzluk, kendini değersiz ve suçlu hissetme, geçmişte zevk aldığı etkinliklerden artık zevk alamama, belirli bir konuya odaklanmada zorluk çekme, düşüncelerini toparlayamama, muhakeme ve karar vermede zorluk çekme, iştah ve yeme alışkanlıklarında azalma ya da artış, ölüm ve intihar düşünceleri, vücutta ağrıların artması ve sindirim problemleri, aileden ve arkadaşlardan uzaklaşma, başkalarına yük olduğunu düşünme şeklinde sıralanmıştır (Köroğlu, 2013).

2.6. Yaşlı Bireylerde Depresyon

Yaşlı bireylerde görülen en yoğun psikolojik problem olan depresyon, kişilerin davranışlarını ve duygularını büyük ölçüde etki altına almıştır (WHO, 2017). Yaşlılık süreci kişilerin hayata olan bağlarının gerileme gösterdiği, hareket etmede sıkıntının olduğu ve umutsuzluğun sıklıkla yaşandığı bir zaman dilimi olarak tanımlanmıştır. Bundan dolayı, depresyon, ölüm kaygısı, yalnızlık gibi problemler yoğunlukla bu evrede bulunmuştur. Özellikle psikolojik yönden depresyon büyük ölçüde bu aşamada kendini göstermiştir (Agirman vd, 2017; WHO,2013). Türkiye genelinde

gerçekleştirilen bir incelemede yaşlı kesimde meydana gelen depresyon düzeyinin 65–74 yaş aralığındaki bireylerde %68,9 ile %81,8 oranına olduğu saptamışken, 75 yaş ve üzeri yaş aralığına sahip bireylerde %3,11 ila %18,2 oranında bulunmuştur (Demir vd., 2013). Geriatri birimine sıklıkla gelen hastalarda %30,7 oranında depresyon görülürken, %35 seviyesinde majör depresyon türü ile karşılaşmıştır (Duru ve Özdemir, 2009). Gerçekleştirilen bir başka araştırma sonucuna göre, yaşlı kesimde yoğunlukla %53 düzeyinde hafif depresyon sorunu meydana gelirken, %39,3 seviyesinde orta düzeyde depresyona rastlanmıştır. Bunlarla birlikte, %7,7 oranında da ağır düzeyde depresyon bulunmuştur (Ağırman vd, 2017). Yaşlı bireylerin depresyona eğilim göstermesine sebep olan unsurlar genellikle, aile hayatında meydana gelen birtakım değişimler, sosyal bakımdan yetersiz yaklaşımlar, maddi güçlükler, sosyoekonomik açıdan gerileme, devam eden hastalıklar, kabiliyetlerin yitirilmesi, bakım evlerinde kalma gereksinimi, sosyal etkileşim konusunda yetersizlik, benlik algısında görülen gerileme, aile fertlerinden birinin kaybı vb. olarak ifade edilmiştir (Ahad, 2016; Yaşlılık Döneminde Depresyon, 2019). Elkin'in (2016) yaptığı çalışmada yaşlılarda olası depresyon tespit edilmiş; kadın cinsiyetinin, medeni durumun, eğitim durumunun, çocuk sayısının, kronik hastalık durumunun ve sıkıntıyla baş etme durumunun depresyonu olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Diğer bir çalışmada ise, kadınların, emekli olmayanların, sosyal yardım alanların, bekâr olanların, bir engeli veya ciddi bir tıbbi rahatsızlığı olanların ve eğitim seviyesi düşük olanların depresyon açısından daha yüksek risk altında oldukları saptanmıştır (Zubaroglu Yanardağ ve Say Şahin, 2019).

Yaşlı bireyler depresyon yaşadıklarında, yaşamlarında etkili bir şekilde işlev görememektedirler. Depresyon, bazı temel boyutlardan oluşan çok faktörlü bir etiyolojiye sahip olmaktadır. Bu faktörler bilişsel, duygusal, somatik ve motivasyon olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel belirtiler bireylerin kendilerine, dünyaya ve geleceğe olumsuz bakış açılarından oluşmaktadır. Hayatlarındaki olumsuz olaylar nedeniyle kendilerini suçlamakta, kendilerini istenmeyen, yetersiz biri olarak görmektedirler. Duygusal depresyon semptomlarından muzdarip olan yaşlı bireyler kendilerini olumsuz ruh hallerinde hissetmekte ve kendilerini boş, umutsuz, sefil olarak tanımlanmaktadır. Depresyondan muzdarip bireyler baş ağrısı, iştah ve uykuda rahatsızlıklar, enerji eksikliği yaşamaktadır. Bu semptomlar somatik semptomlar olarak tanımlanabilmektedir (Spielberg vd., 2008). Altuk'un (2011) çalışmasında ağır depresyon belirtileri olan yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapmadıkları, geleceğe

yönelik beklentilerinin olmadığı, kronik hastalıklarının olduğu, meslek ve eğitim düzeylerinin yüksek olduğu ve empatik eğilimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerinde intihar oranının en yüksek olduğu yaş grubunun, yüz binde 8.08 ile 75 yaş ve üzerindeki yaş grubu olduğu saptanmıştır (TÜİK, 2014).

Yaşlı bireylerdeki depresyonun tespit edilmesinde dikkat edilmesi gereken birtakım hususlar vardır. Bunlar; yaşlı hastanın hikâyesi hastanın bizzat kendisinden ve durumu 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 tetkikleri de yapılmalıdır (Ahad, 2016).

2.7. Yaşlı Bireylerde Ağrı İnançları ve Depresyonun Değerlendirilmesi

Yaşlı kesimin oluşan ağrıların yaşla birlikte gelen normal bir evre olduğuna dair algısı, sağlık çalışanlarının görüşü ile bağdaşması sonucunda ağrının kontrol altına alınmasına yönelik problemler yaşanmasına neden olmaktadır. Bu doğrultuda yaşlı bireylerin hissettikleri ağrıları yaşlarına bağlamalarından dolayı sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları da ifade edilmiştir. Bunlarla birlikte, yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrıların nedeninin saptanması için gerekli testlerden kaçındıkları ve fazladan ilaç almak istemedikleri için de ağrılarını gizledikleri belirtilmiştir (Babadag ve Alparslan,2016). Ağrılar bireylerin bedenlerinde fiziksel bağlamda gelişebileceği gibi aynı zamanda psikolojik açıdan depresif sorunlardan da kaynaklanmıştır (Tütüncü ve Güney, 2011). Bu nedenle kronik bir ağrı saptanan bireylerde %8-%50 oranında depresyon görülmüştür (Aslan ve Nazlıel, 2002). Gerçekleştirilen bir meta analiz sonucunda depresyon problemi bulunan hastaların ağrı prevalansının %65 oranında olduğu tespit edilmiştir (Greist vd., 2008).

Depresyon yaşlı bireylerde yeti yitimine, bağımsızlığın azalmasına, hayat kalitesinin bozulmasına, sağlık hizmetlerine daha çok başvurulara, artmış intihar riskine (özellikle ölümle sonuçlanan intiharlar) neden olmuştur (Yaşlılık Döneminde Depresyon, 2019).

Yaşlılıkla birlikte sık görülen ağrının, yaşam kalitesinde gerilemeye neden olduğu ve bu evrede büyük oranda bireyleri olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Yaşlı kesimin maruz kaldığı ağrıların ve depresyonun giderilmesi adına, potansiyeli bulunan bireylerin

saptanması, gereken desteğin sunulması, güvence altına alınması, gerek aile gerekse toplumsal açıdan algının oluşturulması gibi tedavi ve rehabilitasyon evresinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmüştür (Eşsizoğlu ve Arısoy, 2008). Ayrıca hemşirelerin hasta ile ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması ve hastanın primer bakımında sorumlu olmasından dolayı yaşlı bireyin ağrı inançları ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesinde önemli sorumlulukları olduğu bildirilmiştir (Babadag ve Alparslan, 2016; Şahin vd, 2012).

Literatür incelendiğinde yaşlı bireylerin ağrı inançları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca yaşlıların ağrı inançları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi tedavi süreçlerinde onlara daha fazla yardımcı olabilmeyi ve düşüncelerini anlayabilmeyi de sağlayacaktır. Bu durum araştırmanın literatüre sunacağı katkılardan dolayı çalışmanın önemini arttırmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırma Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yaşlı bireylerin ağrı inançları ve depresyon düzeyleri ile aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma, Şubat 2020-Mart 2020 tarihleri arasında Esenyurt bölgesinde yaşlı popülasyonun fazla olduğu ve araştırma yapmaya izin verilen Güzelyurt 2 nolu ASM, Esenyurt 30 nolu ASM, Hamit Demir ASM ve Kıraç ASM'lerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında ASM'ye başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler oluşturmuştur. Araştırma kapsamında basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Basit tesadüfi örnekleme seçiminde, “evrendeki tüm birimler örnekleme seçilmek için eşit ve bağımsız bir şansa” sahiptir (İslamoğlu ve Alınacak, 2014). Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya istekli olan 413 yaşlı birey ile veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir.

3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri

- 65 yaş ve üzerinde olması,
- Veri toplama araçlarını cevaplayabilecek bilişsel yeterliliği olması,
- İletişim probleminin olmaması (işitme, dil, anlama vb.),
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- Psikiyatrik tanı almamış olması,
- Tanı konulmuş kanser hastalığının olmaması.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), McGill-Melzack Ağrı Soru Formu (Ek-2), Ağrı İnanç Ölçeği (Ek-3) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (Ek-4) ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Anket formunun ilk bölümünü oluşturan hasta bilgi formu araştırmaya katılan yaşlı bireyler hakkında tanımlayıcı bilgilere ulaşmak için oluşturulmuştur. Tanıtıcı bilgi formu yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyo-demografik özellikleri ile hastalık bilgilerine yönelik sorulardan oluşmuştur.

3.3.2. McGill-Melzack Ağrı Soru Formu

McGill-Melzack Ağrı Soru Formu (MASF) Melzack ve Targerson tarafından 1971 yılında geliştirilmiş olup, günümüzde birçok çalışmada kullanılmış ve birçok dile çevrilmiştir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Kuğuoğlu vd. (2003) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, dört bölümden oluşmuştur. MASF toplam puan olarak değerlendirilmeyeceği bildirilmiş, her bölüm ayrı olarak ele alınıp incelenmiştir (Kuğuoğlu vd., 2003).

Birinci Bölüm: Bu kısımda hastadan formda bulunan vücut şeması üzerinde ağrısının nerede olduğu işaretlemesi istenmektedir. Ağrıyı derinden hissediyorsa “D”, daha yüzeysel hissediyorsa “Y”, hem derin hem de yüzeysel hissediyorsa “DY” harflerini yazarak belirtmesi istenmektedir.

İkinci Bölüm: Bu kısımda ağrının duyuşsal, algısal ve değerlendirmesini ölçen 20 takım kelime grubu ağrının niteliğini daha detaylı tanımlamaktadır. Hastanın ağrısını ifade eden kelime takımını seçmesi ve işaretlediği kelime takımının içinde yer alan ağrısına en çok uygun olan kelimeyi işaretlemesi istenmektedir. MASF'nun bu kısmında bulunan 20 kelime takımının ilk 10 kelime grubu ağrının duyuşsal yönünü, sonraki 5 kelime grubu algısal yönünü, 16. kelime grubu ağrının değerlendirmesini içermektedir. En sonda bulunan son dört kelime grubu ise ağrının farklı yönlerini gösteren kelime gruplarından oluşmaktadır. Her grup puanlanarak sonunda toplam puan elde edilir. MASF'ın duyuşsal alt boyutundan 0-40, algısal alt boyutundan 0-14, değerlendirme alt boyutundan 0-5, ağrının çeşitli yönleri alt boyutundan 0-19 arasında puan alınabilmektedir. Tüm boyut puanlarının toplanmasıyla Ağrıyı Tanımlayan İfade Puanına= “The Pain Rating Index (PRI)” ulaşılmaktadır. PRI'dan elde edilebilecek minimum puan 0, maksimum puan 78'dir (Melzack, 1975; Kuğuoğlu vd, 2003). Total skorun artması hastaların ağrıyı daha çok deneyimledikleri ve ağrının özelliklerini daha kapsamlı değerlendirdiklerini göstermektedir. Hastaların duyuşsal alt boyut puanlarının

artması ağrıyı daha çok hissettiklerini; algısal alt boyut puanlarının artması ağrıyı daha çok algıladıklarını ifade etmektedir. Değerlendirme alt boyut puanlarının artması hastaların ağrıyı daha çok değerlendirdikleri; ağrının çeşitli yönleri alt boyut puanlarının artması ise ağrıyı çok boyutlu / kapsamlı değerlendirdikleri söylenebilmektedir.

Üçüncü Bölüm: MASF'nun bu kısmında ağrının zamanla ilişkisine yer verilmektedir. Ağrının zamanla ilişkisini anlayabilmek için 3 kelime grubundan ağrısına uyan her gruptan bir kelime seçmesi istenmektedir. Ayrıca bu kısımda hastanın ağrısını rahatlatan ve artıran durumları yazması istenmektedir.

Dördüncü Bölüm: MASF'nun bu kısmında hastanın ağrı şiddetini ölçmek için 1'den 5'e kadar kelimeler hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz şeklinde derecelendirilmiştir. Hastanın yaşadığı ağrı şiddetine göre bu kelimelerden birini seçmesi istenmektedir. Tüm bu sorulara verilen puanların toplanması ile "Ağrı Şiddeti Puanına=The Present Pain Intensity (PPI)" ulaşılmaktadır. PPI'dan en düşük 0, en yüksek 30 puan elde edilmekte olup, düşük PPI puanı hastanın ağrı şiddetinin az, yüksek PPI puanı ise ağrı şiddetinin fazla olduğunu göstermektedir (Melzack, 1975).

3.3.3. Ağrı İnanç Ölçeği

Edwards ve arkadaşları tarafından ağrının nedeni ve tedavisi ile ilgili inançları değerlendirmek için 1992 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ise Sertel Berk tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçekte ağrı inançlarını kapsayan toplam 12 madde bulunmaktadır. Buna göre ölçek iki test alanından oluşmuştur: 8 maddeden oluşan "Organik İnançlar" ve 4 maddeden oluşan "Psikolojik İnançlar" alt boyutları bulunmaktadır. Organik inançlar alt boyutu: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11. maddelerden, psikolojik inançlar alt boyutu: 4, 6, 9, 12. Maddelerden oluşmuştur. Ölçekte maddeler 1'den 6'ya kadar değişen likert tipi puanlama (1-her zaman, 6-hiçbir zaman) ile derecelendirilmiştir. Her alt boyut için toplam puan, o alt boyuttaki maddelerden alınan puanların toplanıp o alt boyuta ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmıştır. Ölçek puanları için bir kesme noktası bulunmamakta, ölçeğin alt puanından alınan puanın artması o teste ilişkin ağrı inançlarının yüksek olduğunu, puanın azalması ise o teste ilişkin ağrı inançlarının düşük olduğunu göstermiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha Katsayısı "Organik İnançlar" alt boyutu için 0,71 ve "Psikolojik İnançlar" alt boyut için de 0,73 olarak bulunmuştur. Bu

çalışmada Cronbach Alpha Katsayısı ‘Organik İnançlar’ alt boyut için 0,86 ve ‘Psikolojik İnançlar’ alt boyut için de 0,90 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Geriatrik Depresyon Ölçeği

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Yesavage (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan vd. tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Yaşlı popülasyonuna yönelik bir depresyon ölçeğidir. Geriatrik Depresyon Ölçeği; öz bildirim dayalı 30 sorudan oluşan, yaşlıların kolayca işaretleyebileceği, “evet” ya da “hayır” olarak yanıtlayabileceği biçimde hazırlanmıştır. Ölçekte 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 ve 28’inci sorular ters puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlamasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten en düşük 0 puan, en yüksek 30 puan alınabilmektedir. Ölçeğin puanlaması; 0-10 puan “depresyon yok”, 11-13 puan “olası depresyon”, 14 ve üzeri puan “kesin depresyon” şeklinde yapılmıştır. Ertan ve arkadaşlarının çalışmasında (1997) ölçeğin Cronbach Alpha Katsayısı 0,90 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha Katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 25 paket programında yapılmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylere ilişkin tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan ağrı inanç ve geriatrik depresyon düzeylerinin ikili bağımsız değişkenlere göre analizi için t-testi ve ikiden fazla bağımsız değişkenlere göre analizi için Tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunun önemli bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testi olarak Duncan testi ile yapılmıştır. Ağrı inançları ve GDÖ ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır. İlgili ASM’lerden çalışmanın yapılmasına ilişkin İl Sağlık

Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Katılımcı yaşlı bireylere araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinler alınmış ve anket formu uygulanmıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaş üzeri 413 yaşlı bireyin anket formunda bulunan ifadelerle vermiş oldukları yanıtların analizlerine yer verilmiştir. Analizler yapılırken anket formunda yer alan sıralama dikkate alınmış ve öncelikle katılımcıların bilgilerinin yer aldığı hasta bilgi formundaki ifadelerin dağılımlarına yer verilmiştir. Ardından sırası ile McGill-Melzack Ağrı Soru Formu, Ağrı İnançları Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeklerinden elde edilen veriler sunulmuştur.

4.1. Sosyo Demografik ve Ağrıya İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $72,57 \pm 6,85$ olup %59,1'inin kadın, %69,3'ünün evli, %42,6'sının ilköğretim mezunu, %67,6'sının emekli, %48,7'sinin gelir düzeyinin kötü olduğu, %74,3'ünün aile yapısının çekirdek aile, %73,1'inin eş ve çocukları birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %52,8'inin kendini yaşlı hissettiği, %42,6'sının sağlık durumunun orta olarak değerlendirdiği, tüm katılımcıların son 1 yıl içerisinde ağrı yaşadıkları, %18,2'sinin daha önce psikiyatriye gittiği ve %35,6'sının psikiyatrik destek almak istedikleri saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Yaşlı Bireylerin Sosyo Demografik Özellikleri (n=413)

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	244	59,1
	Erkek	169	40,9
Medeni Durum	Evli	286	69,3
	Bekar	127	30,7
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	35	8,5
	Sadece Okur-Yazar	136	32,9
	İlköğretim	176	42,6
	Ortaöğretim	54	13,1
	Yükseköğretim	12	2,9
Meslek Dağılımı	Ev Hanımı	121	29,3
	Esnaf	4	1,0
	Memur	9	2,2
	Emekli	279	67,6
Gelir Dağılımı	Çok Kötü	13	3,1
	Kötü	201	48,7
	Orta	161	39,0
	İyi	30	7,3
	Çok İyi	8	2,0
Aile Tipi	Geniş Aile	87	21,1
	Çekirdek Aile	307	74,3
	Parçalanmış Aile	19	4,6

Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	95	23,0
	Eş ve Çocuk	302	73,1
	Ebeveyn	9	2,2
	Bakıcı	7	1,7
Mevcut Hastalık Durumu	Yok	24	0,6
	DM	53	1,3
	HT	69	1,7
	Kardiyovasküler	19	0,5
	Osteoporoz	41	1,1
	Solunum	12	0,3
	Romatizma	53	1,3
	Sindirim	104	25,2
	Diğer	38	0,9
Yaşlılık Algılama Durumu	Kendimi Çok Yaşlı Hissediyorum	89	21,5
	Kendimi Yaşlı Hissediyorum	218	52,8
	Kendimi Yaşlı Hissetmiyorum	98	23,7
	Kendimi Hiç Yaşlı Hissetmiyorum	8	1,9
Sağlık Durumu	Çok Kötü	50	12,1
	Kötü	141	34,1
	Orta	176	42,6
	İyi	41	9,9
	Çok İyi	5	1,2
Son 1 yıl içerisinde Ağrı Yaşama Durumu	Evet	413	100,0
Daha Önce Psikiyatriye Gitme Durumu	Evet	75	18,2
	Hayır	338	81,8
Psikiyatrik Destek Alma İsteği	Evet	147	35,6
	Hayır	267	64,4

Tablo 4.2’de yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrıya ilişkin bilgiler yer almaktadır. Yaşlı bireylerin %72’sinin son 6 ay içerisinde sürekli ağrı yaşadığı, %27,8’inin günde birçok kez ağrı yaşadığı, tüm katılımcıların ağrı kesici kullandıkları, %98,5’inin daha önce ağrılarından dolayı tedavi gördüğü, %76,5’inin çevresinde ağrı deneyimleyen kişilerin olduğunu, %85’inin ağrıları olduğu zaman ne yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirildikleri, %47,9’unun ağrıya karşı aldıkları desteğin ağrıyı azaltmada orta derecede etkili olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerden %44,3’ü yaşadığı ağrının sosyal faaliyetlere katılımını az etkilediğini, %34,9’u yaşadığı ağrının günlük aktivitelerini biraz etkilediğini, %29,1’i yaşadığı ağrının yaşamdan zevk almalarını tamamıyla etkilediğini, %35,6’sı yaşadığı ağrının uyku düzenini az etkilediğini, %30,3’ü yaşadığı ağrı beslenmelerin az etkilediğini, %34,4’ü yaşadığı ağrının diğer insanlarla ilişkilerini az etkilediğini ifade etmiştir.

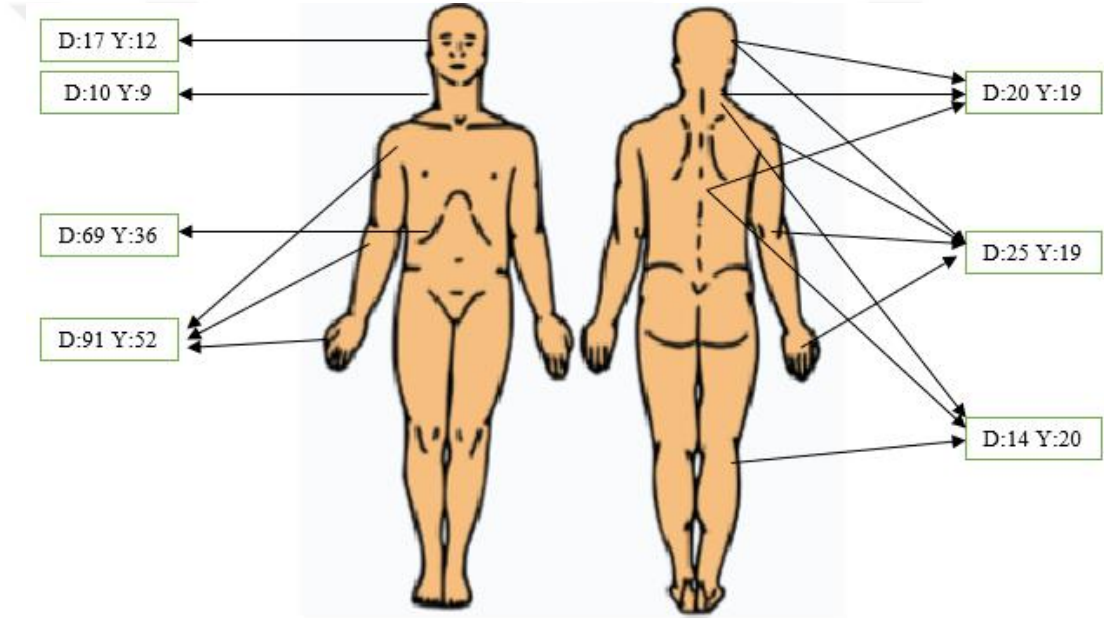
Tablo 4.2. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrıya İlişkin Bilgiler (n=413)

		Frekans	Yüzde
Son 6 Ay İçerisinde Sürekli Ağrı Yaşama Durumu	Evet	297	72
	Hayır	116	28
Ağrı Sıklığı Durumu	Sürekli	64	15,5
	Günde 1-2	79	19,1
	Günde Birçok Kez	115	27,8
	Haftada 1-2	63	15,3
	Haftada 1'den Fazla	53	12,8
	Ayda 1-2	26	6,3
	Ayda 3-4	13	3,1
Ağrı Kesici Alma Durumu	Evet	413	100,0
Ağrı Tedavisi Durumu	Evet	407	98,5
	Hayır	6	1,5
Çevrelerinde Ağrı Deneyimleyen Kişi Durumu	Evet	316	76,5
	Hayır	97	23,5
Ağrı Konusunda Bilgilendirilme Durumu	Evet	351	85,0
	Hayır	62	15,0
Ağrıya Karşı Alınan Desteğin Etkisi Durumu	Çok	17	4,1
	Orta	198	47,9
	Az	181	43,8
	Hiç	17	4,1
Ağrıya Bağlı Sosyal Faaliyetlerin Etkileme Durumu	Etkilemiyor	52	12,6
	Az Etkiliyor	183	44,3
	Biraz Etkiliyor	151	36,6
	Tamamıyla Etkiliyor	27	6,5
Ağrıya Bağlı Günlük Aktivitelerin Etkileme Durumu	Etkilemiyor	48	11,6
	Az Etkiliyor	108	26,2
	Biraz Etkiliyor	144	34,9
	Tamamıyla Etkiliyor	113	27,4
Ağrının Yaşamdan Zevk Almayı Etkileme Durumu	Etkilemiyor	117	28,3
	Az Etkiliyor	99	24,0
	Biraz Etkiliyor	77	18,6
	Tamamıyla Etkiliyor	120	29,1
Ağrının Uyku Düzenini Etkileme Durumu	Etkilemiyor	79	19,1
	Az Etkiliyor	147	35,6
	Biraz Etkiliyor	132	32,0
	Tamamıyla Etkiliyor	55	13,3
Ağrının Beslenmeyi Etkileme Durumu	Etkilemiyor	209	50,6
	Az Etkiliyor	125	30,3
	Biraz Etkiliyor	75	18,2
	Tamamıyla Etkiliyor	4	1,0
Ağrının Diğer İnsanlarla İlişkileri Etkileme Durumu	Etkilemiyor	159	38,5
	Az Etkiliyor	142	34,4
	Biraz Etkiliyor	81	19,6
	Tamamıyla Etkiliyor	31	7,5

4.2. McGill-Melzack Ağrı Soru Formu Bulguları

4.2.1. Ağrı Bölgeleri

McGill-Melzack Ağrı Soru Formu kapsamında öncelikli olarak araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ağrılarının vücutlarının nerelerinde hissettikleri ve ne düzeyde hissettikleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Aşağıda yer alan grafikte araştırmaya katılan toplam 413 katılımcının ağrı bölgeleri belirtilmiştir. Ağrı bölgeleri 7 farklı ağrı bölgesi belirlenmiştir. Bu ağrı bölgeleri; baş, boyun, gövde, üst ekstremité, baş-boyun-sırt, baş-üst ekstremité ve sırt-boyun-diz olarak belirlenmiştir.



Şekil 4.1. Ağrı Bölgelerinin Dağılımı

Yukarıda belirtilmiş olan şekilden hareketle Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan yaşlı bireylerin ağrı bölgeleri aşağıdaki tablo 4.3'te belirtilmiştir. Yaşlı bireyler ağrılarının %59,4'ünün derinde ve %40,6'sının ise yüzeysel olduğu bildirmiştir. Ağrı bölgeleri vücutta 7 farklı bölgeye ayrılarak incelenmiştir. Yaşlı bireylerin %4,2'sinin baş bölgesinde, %2,5'inin boyun bölgesinde, %16,4'ünün gövde bölgesinde, %21,8'inin üst ekstremité bölgesinde, %4,9'unun baş, boyun ve sırt bölgelerinde, %6,1'inin baş ve üst ekstremité bölgelerinde, %3,5'inin sırt, boyun ve diz bölgelerinde ağrıyı derinden hissettiği belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrı Bölgeleri Dağılımı

Ağrı Bölgeleri	Ağrı Yüzeyi	Frekans	Yüzde
Baş	Derin	17	4,2
	Yüzeysel	12	2,9
Boyun	Derin	10	2,5
	Yüzeysel	9	2,3
Gövde	Derin	69	16,4
	Yüzeysel	36	8,6
Üst Ekstremité	Derin	91	21,8
	Yüzeysel	52	12,7
Baş-boyun-Sırt	Derin	20	4,9
	Yüzeysel	19	4,6
Baş-Üst Ekstremité	Derin	25	6,1
	Yüzeysel	19	4,6
Sırt-Boyun-Diz	Derin	14	3,5
	Yüzeysel	20	4,9
Toplam	Derin	245	59,4
	Yüzeysel	168	40,6

4.2.2. Ağrının Özellikleri

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrı özelliğine göre dağılımları incelendiğinde; %57,8'i sıkıntılı, %51,6'sı sürekli, %48,4'ü hissizleştiren, %45,5'i yorucu, %44,9'u çıldırtan, %31,4'ü gergin, %30,7'si yansıyan, %29,3'ü yakıyor gibi, %28,6'sı zonklayan, %27,7'si sızlıyor gibi, %23,5'i biçare eden, %22,9'u çok keskin, %21,7'si yayılan, %21,4'ü kemirici sancı, %16,3'ü oyuluyor gibi, %14,8'i sürükleyici, %14,6'sı şiddetli, %14,1'i boğucu, %13,8'i korkunç ve son olarak %12,7'si ürperten şeklinde ağrılarının olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrının Özellikleri Dağılımı

No	Ağrı Özelliği	Frekans	Yüzde
1	Zonklayan	118	28,6
2	Yansıyan	127	30,7
3	Oyuluyor gibi	67	16,3
4	Çok Keskin	95	22,9
5	Kemirici Sancı	88	21,4
6	Sürükleyici	61	14,8
7	Yakıyor gibi	121	29,3
8	Sızlıyor gibi	114	27,7
9	Çıldırtan	185	44,9
10	Gergin	130	31,4
11	Yorucu	188	45,5
12	Boğucu	58	14,1
13	Korkunç	57	13,8
14	Şiddetli	60	14,6
15	Biçare eden	97	23,5
16	Sıkıntılı	238	57,8
17	Yayılan	90	21,7
18	Hissizleştiren	200	48,4
19	Ürperten	52	12,7
20	Sürekli	213	51,6

*Satır Yüzdesi Alınmıştır.

4.2.3. Ağrı ve Zaman İlişkisi

Yaşlı bireyler ağrının zamanla ilişkisinde; devamlı (%31,2), kararlı (%33,7), sabit (%35,1), ritmik (%19,4), periyodik (%42,9), aralıklı (%37,8), genel (%46,7), anlık (%24) ve geçici (%26,3) olarak yanıt verdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrının Zamanla İlişkisinin Dağılımı

No	Ağrı ve Zaman İlişkisi	Frekans	Yüzde
1	Devamlı	129	31,2
1	Kararlı	139	33,7
1	Sabit	145	35,1
1	Toplam	413	100
2	Ritmik	80	19,4
2	Periyodik	177	42,9
2	Aralıklı	156	37,8
2	Toplam	413	100
3	Genel	193	46,7
3	Anlık	99	24,0
3	Geçici	121	29,3
3	Toplam	413	100

4.2.4. Ağrı Şiddeti

Şu anda hissedilen ağrı incelendiğinde yaşlı bireylerin %40,9'unun hafif, %51,7'sinin rahatsız edici, %6,1'inin şiddetli ve %1,2'sinin ise çok şiddetli ağrısı olduğu belirlenmiştir. Ağrının en kötü halini ifade eden kelime dağılımları incelendiğinde yaşlı bireylerin %4,9'u rahatsız edici, %32,8'i şiddetli, %48,5'i çok şiddetli ve %13,7'si ise dayanılmaz ağrı ifadelerini kullanmışlardır. Ağrının en hafif halini ifade eden kelime dağılımları incelendiğinde yaşlı bireylerin %74'ünün hafif, %24,3'ünün rahatsız edici ve %1,7'sinin ise şiddetli ağrı ifadelerini kullandıkları belirlenmiştir. En kötü diş ağrısını ifade eden kelime dağılımları incelendiğinde yaşlı bireylerin %4,9'u rahatsız edici, %50,7'si şiddetli, %40,9'u çok şiddetli ve %3,4'ü ise dayanılmaz ağrı ifadelerini kullanmışlardır. En kötü baş ağrısını ifade eden kelime dağılımları incelendiğinde katılımcıların %7,8'inin rahatsız edici, %26,5'inin şiddetli, %50,5'inin çok şiddetli ve %15,2'sinin ise dayanılmaz ifadelerini kullandıkları belirlenmiştir. En kötü karın ağrısını ifade eden kelime dağılımları incelendiğinde yaşlı bireylerin %1'inin hafif, %28,9'unun rahatsız edici, %32,4'ünün şiddetli, %29,9'unun çok şiddetli ve %7,8'inin ise dayanılmaz ifadelerini kullandıkları saptanmıştır.

Tablo 4.6. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ağrı Şiddeti Dağılımları

	Ort ±ss	Min-Max (Alınabilecek puanlar)
Şu Anda Hissedilen Ağrı	1,70±0,26	1-4
Ağrının En Kötü Halini İfade Eden Kelime	2,72±0,58	1-4
Ağrının En Az Halini İfade Eden Kelime	1,3±0,47	1-3
En Kötü Dış Ağrısını İfade Eden Kelime	2,45±0,68	1-4
En Kötü Baş Ağrısını İfade Eden Kelime	2,75±0,60	1-4
En Kötü Karın Ağrısını İfade Eden Kelime	3,17±0,78	1-5

4.3. Ağrı İnançları Ölçeği Bulguları

Yaşlı bireylerin “Organik İnançlar” alt boyut puan ortalamasının 2,91±0,74; “Psikolojik İnançlar” alt boyut puan ortalamasının 2,86±0,83 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Yaşlı Bireylerin Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ort±ss	Min-Max (Alınabilecek puanlar)
Organik İnançlar	2,91±0,74	1,12-5,00 (1-6)
Psikolojik İnançlar	2,86±0,83	1,00-5,25 (1-6)

4.4. Geriatrik Depresyon Ölçeği Bulguları

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri incelendiğinde; yaşlı bireylerin %50,8’inin (210) depresyonda olmadığı, %1,3’ünün (5) olası depresyonda olduğu ve son olarak geriye kalan %47,9’unun (198) ise kesin depresyonda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. GDÖ toplam puan ortalamasına göre (X:13,90±2,36) araştırmaya katılan yaşlı bireylerde olası depresyon riski bulunmaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Yaşlı Bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Depresyon Düzeyleri	Ort±ss	Min-Max (Alınabilecek puanlar)	n	%
Depresyon Yok	4,13±1,12	0-9 (0-10)	210	50,8
Olası Depresyon	12±1,18	12 (11-13)	5	1,3
Kesin Depresyon	24,31±1,04	15-30 (14-30)	198	47,9
Geriatrik Depresyon	13,90±2,36	0-30 (0-30)	413	100,0

4.5. Sosyo Demografik Özellikler ile Ağrıya İlişkin Bulguların Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan yaşlı bireylerden erkeklerin (X=3,12); genel sağlık durumunu iyi (X=3,43) hissedenlerin organik inançlar alt boyut puan ortalamasının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.9).

Psikolojik inanç açısından çekirdek aile (X=2,89) tipine sahip olanların ve gelir seviyesi çok kötü (X=12,62) olan yaşlı bireylerin puan ortalamasının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan yaşlı bireylerden kadınların (X=15,2172); bekar olanların (X=16,8240), parçalanmış aile (X=29,00) tipine sahip olanların, sağlık durumunu çok kötü (X=24,30) hissedenlerin GDÖ düzeylerinin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Sosyo Demografik Özellikler ile Ağrı İnançları Alt Boyut ve GDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Organik İnançlar		Psikolojik İnançlar		GDÖ	
		Ort±ss	İstatistiksel analiz	Ort±ss	İstatistiksel analiz	Ort±ss	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	2,77±0,19	t=-4,8	2,80±1,01	t=-1,70	15,21±2,23	t=3,10
	Erkek	3,12±0,17	p=,000	2,94±0,26	p=,085	12,01±2,12	p=,002
Medeni Durum	Evlü	2,95±0,25	t=1,30	2,88±0,71	t=,914	12,81±2,22	t=-3,60
	Bekar	2,84±0,26	p=,192	2,80±0,46	p=,361	16,82±2,18	p=,000
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	25,46±4,28	F=14,25 p=,124	12,91±3,04	F=14,25 p=,124	14,62±2,98	F=35,45 p=,187
	Sadece Okur-Yazar	21,65±5,12		11,90±3,42		16,86±2,74	
	İlköğretim	23,69±4,87		12,69±2,36		12,44±2,63	
	Ortaöğretim	24,81±3,26		12,30±2,54		10,94±2,14	
Yükseköğretim ve Üstü	23,75±4,12		11,25±2,58		10,87±2,16		
Meslek Dağılımı	Ev Hanımı	21,52±3,12	F=7,25 p=,092	11,94±2,14	F=21,21 p=,258	15,32±1,19	F=10,36 p=,087
	Esnaf	21,50±3,07		14,00±2,08		4,25±0,27	
	Memur	29,78±3,19		11,67±2,36		4,55±0,98	
	Emekli	23,92±3,24		12,57±2,27		13,73±2,37	
Gelir Dağılımı	Çok Kötü	20,77±2,58	F=13,69 p=,058	12,62±2,25	F=13,69 p=,018	21,00±2,26	F=14,56 p=,082
	Kötü	23,12±2,56		12,59±1,58		14,08±2,24	
	Orta	23,54±2,41		12,27±2,11		12,96±2,38	
	İyi	24,27±2,55		12,23±2,38		13,36±2,39	
Çok İyi	26,00±3,14		8,50±1,17		17,50±2,54		
Aile Tipi	Geniş Aile	2,87±2,57	F=,44 p=,640	2,68±0,29	F=3,39 p=,035	16,88±2,10	F=6,23 p=,002
	Çekirdek Aile	2,89±2,36		2,89±,57		13,23±1,96	
	Parçalanmış Aile	3,37±0,25		2,00±,014		29,00±3,04	
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	2,77±1,34	F=14,25 p=,124	2,80±0,54	F=14,25 p=,124	15,21±2,57	F=35,45 p=,187
	Eş ve Çocuk	3,12±0,27		2,94±0,54		12,01±3,02	
	Ebeveyn	2,95±0,69		2,88±0,65		12,81±2,14	
	Diğer	2,84±0,75		2,80±0,63		16,82±3,62	
Yaşlılık	Kendimi Çok	20,24±2,47	F=16,58	11,33±2,14	F=12,02	21,76±2,25	F=24,36

Algılama Durumu	Yaşlı Hissediyorum		p=,147		p=,051		p=,066
	Kendimi Yaşlı Hissediyorum	23,65±3,36		12,46±2,15		13,77±2,36	
	Kendimi Yaşlı Hissetmiyorum	24,97±3,62		13,00±2,26		7,45±1,19	
	Kendimi Hiç Yaşlı Hissetmiyorum	28,50±3,87		14,50±2,47		8,87±1,28	
Sağlık Durumu	Çok Kötü	2,33±0,24	F=17,36 p=,000	2,84±0,98	F=1,12 p=,346	24,30±3,14	F=54,03 p=,000
	Kötü	2,80±0,26		2,79±0,95		18,55±2,57	
	Orta	3,04±1,02		2,88±0,96		9,68±1,59	
	İyi	3,43±0,15		2,96±0,95		4,85±1,02	
	Çok İyi	3,12±0,10		3,50±1,24		1,60±0,16	
Daha Önce Psikiyatriye Gitme Durumu	Evet	21,55±3,69	t=1,12 p=,214	11,04±2,12	t=1,56 p=,259	21,46±3,65	t=3,25 p=,069
	Hayır	23,69±3,74		12,72±2,15		12,15±3,14	
Psikiyatrik Destek Alma İsteği	Evet	21,56±3,29	t=4,56 p=,288	11,22±1,99	t=3,19 p=,216	20,80±3,45	t=-2,75 p=,136
	Hayır	24,28±3,67		13,08±1,59		9,96±1,93	

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan yaşlı bireylerden son 6 ay içerisinde sürekli ağrı yaşamadığını ifade edenlerin ($X=3,23$) organik inançları düzeyinin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Yaşlı bireylerden son 6 ay içerisinde sürekli ağrı yaşayanların ($X=16,45$) GDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ağrı tedavisi uygulananların ($X=14,00±4,21$), ağrı konusunda bilgilendirilmeyenlerin ($X=18,74±3,31$), ağrıya karşı alınan desteği az bulanların ($X=19,13±3,39$), ağrı nedeniyle sosyal faaliyetleri tamamıyla etkilenenlerin ($X=24,59±6,28$), ağrı nedeniyle günlük aktiviteleri tamamıyla etkilenenlerin ($X=24,16±6,58$), ağrı nedeniyle yaşamdan tamamıyla zevk alamayanların ($X=24,48±6,35$), ağrı nedeniyle tamamıyla uyku düzeni etkilenenlerin ($X=24,50±6,39$), ağrı nedeniyle beslenmesi tamamıyla etkilenenlerin ($X=25,00±6,36$), ağrı nedeniyle diğer insanlar ile ilişkileri tamamıyla etkilenenlerin ($X=27,06±6,69$) GDÖ düzeylerinin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Sosyo Demografik Özellikler İle Ağrı İnançları Alt Boyut ve GDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Organik İnançlar		Psikolojik İnançlar		GDÖ	
		Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz
Son 6 Ay İçerisinde	Evet	2,79±0,56	t=-6,309	2,84±0,68	t=-,58	16,45±5,21	t=8,77

Sürekli Ağrı Yaşama Durumu	Hayır	3,23±0,52	p=,000	2,90±0,75	p=,571	7,72±3,28	p=,000
Ağrı Sıklıkları Durumu	Sürekli	19,28±6,24	F=12,474 p=,314	11,58±3,24	F=15,25 p=,327	21,57±6,13	F=10,35 p=,220
	Günde 1-2	23,84±6,23		12,24±3,26		13,56±6,15	
	Günde Birçok Kez	22,21±6,33		12,37±3,28		15,45±6,17	
	Haftada 1-2	24,76±6,39		12,56±3,57		9,53±6,19	
	Haftada 1'den Fazla	24,98±6,42		12,79±3,44		13,71±6,21	
	Ayda 1-2	28,23±6,55		12,77±3,29		4,61±,23	
	Ayda 3-4	26,31±6,34		14,08±,24		5,00±6,24	
Ağrı Tedavisi Durumu	Evet	23,34±6,39	t=4,68 p=,225	12,37±3,25	t=-7,02 p=,089	14,00±4,21	t=1,01 p=,012
	Hayır	22,50±6,35		14,50±3,24		6,00±2,26	
Çevrede Ağrı Deneyimleyen Kişi Durumu	Evet	22,73±6,21	t=4,25 p=,094	12,32±3,28	t=1,24 p=,114	14,67±3,56	t=3,65 p=,055
	Hayır	24,46±6,32		12,53±3,54		12,04±3,25	
Ağrı Konusunda Bilgilendirilme Durumu	Evet	23,66±6,29	t=1,12 p=,214	12,41±3,21	t=1,56 p=,259	12,64±3,55	t=3,25 p=,049
	Hayır	24,33±6,39		12,37±3,25		18,74±3,31	
Ağrıya Karşı Alınan Desteğin Etkisi Durumu	Çok	27,41±6,38	F=16,58 p=,147	13,88±3,24	F=12,02 p=,051	5,76±1,15	F=24,36 p=,016
	Orta	24,52±6,34		12,94±,20		9,37±1,25	
	Az	21,95±6,32		11,72±3,28		19,13±3,39	
	Hiç	19,82±6,30		11,35±3,26		19,11±3,37	
Ağrıya Bağlı Sosyal Faaliyetlerin Etkilenmesi Durumu	Etkilemiyor	27,87±6,18	F=12,47 p=,314	13,77±3,33	F=15,25 p=,059	3,17±1,10	F=10,35 p=,020
	Az Etkiliyor	23,92±6,28		12,99±3,21		8,04±2,24	
	Biraz Etkiliyor	21,77±6,28		11,54±3,19		22,78±3,56	
	Tamamıyla Etkiliyor	19,15±6,24		10,30±3,25		24,59±6,28	
Ağrıya Bağlı Günlük Aktivitelerin Etkilenme Durumu	Etkilemiyor	27,85±6,28	F=82,50 p=,216	13,13±3,26	F=15,45 p=,124	3,12±1,41	F=18,56 p=,024
	Az Etkiliyor	24,19±6,38		13,54±3,24		6,92±2,10	
	Biraz Etkiliyor	23,51±6,44		12,51±3,22		14,68±3,36	
	Tamamıyla Etkiliyor	20,31±6,41		10,81±3,20		24,16±6,58	
Ağrının Yaşamdan Zevk Almayı Etkileme Durumu	Etkilemiyor	27,15±6,31	F=20,15 p=,079	13,32±3,35	F=8,54 p=,077	4,37±1,43	F=14,89 p=,014
	Az Etkiliyor	23,63±6,35		12,82±3,39		6,27±1,28	
	Biraz Etkiliyor	21,65±6,28		12,10±3,37		21,71±6,28	

	Tamamıyla Etkiliyor	20,41±6,24		11,28±3,35		24,48±6,35	
Ağrının Uyku Düzenini Etkileme Durumu	Etkilemiyor	26,22±6,23	F=45,36 p=,052	12,94±3,33	F=37,41 p=,128	3,07±0,75	F=12,21 p=,005
	Az Etkiliyor	24,24±6,38		13,31±,31		8,51±2,25	
	Biraz Etkiliyor	21,54±6,32		11,76±3,35		21,97±6,54	
	Tamamıyla Etkiliyor	20,98±6,38		10,60±3,33		24,50±6,39	
Ağrının Beslenmeyi Etkileme Durumu	Etkilemiyor	25,02±6,35	F=12,32 p=,165	12,98±3,31	F=14,52 p=,218	6,79±2,23	F=41,20 p=,000
	Az Etkiliyor	21,78±6,64		12,01±3,32		19,75±6,21	
	Biraz Etkiliyor	20,84±6,52		11,45±3,30		23,34±6,35	
	Tamamıyla Etkiliyor	29,00±6,49		10,50±3,28		25,00±6,36	
Ağrının Diğer İnsanlarla İlişkileri Etkileme Durumu	Etkilemiyor	25,53±,47	F=14,25 p=,124	13,19±3,26	F=45,25 p=,058	4,15±1,12	F=35,45 p=,007
	Az Etkiliyor	23,04±6,35		12,76±3,24		16,34±3,36	
	Biraz Etkiliyor	21,33±6,33		11,22±3,25		23,74±6,28	
	Tamamıyla Etkiliyor	18,42±6,31		9,55±3,23		27,06±6,69	

4.6. Yaş, Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyutları ve Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Korelasyon Analizi

Tablo 4.11’de yaş, ağrı inançları ölçeği alt boyutları ve GDÖ’nün korelasyon analizi yer almıştır. Yaşlı bireylerde yaş ile GDÖ arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($r=,321$; $p=,00$). Yaş ile ağrı inançları ölçeğinin alt boyutları olan organik inançlar ($r=,742$; $p=,00$) ve psikolojik inançlar ($r=,776$; $p=,00$) arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Organik inançlar ile GDÖ arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($r=,610$; $p=,00$).

Tablo 4.11. Korelasyon Analizi Sonuçları

		Yaş	Organik İnançlar	Psikolojik İnançlar	GDÖ
Yaş	r	1	,742**	,776**	,321**
	p	-	,000	,000	,007
Organik İnançlar	r	,742**	1	,758**	,610**
	p	,000	-	,000	,000
Psikolojik İnançlar	r	,776**	,758**	1	,585
	p	,000	,000	-	,056
GDÖ	r	,321**	,610**	,585	1
	p	,007	,000	,056	-

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışma, yaşlılarda ağrı inançları ve depresyon düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

İleri yaş gruplarında çok sık rastlanan bir durum olan ağrı en önemli sorunlardan biridir. (Yang vd., 2015). Bu çalışmada yaşlı bireylerin %72'sinin sürekli ağrı yaşadığı tespit edilmiştir. Literatür uyarınca yaşlı bireylerde ağrı prevalansının %88,5-99,7 (Gökkaya vd, 2012) ve kronik ağrı düzeyinin %31-64,7 olarak belirtilmiştir (Tanrıverdi vd., 2009). Geriatri kliniğinde tedavi gören yaşlı hastalarda gözlenen ağrı düzeyinin %67,3 olduğu öne sürülürken, huzurevlerinde bulunan yaşlılarda saptanan ağrı düzeyinin %50-57,9 şeklinde olduğu ifade edilmiştir (Gümüş vd., 2012). Saka ve Gözüm (2020) yaşlılar ile yaptıkları çalışmada %72,1'nin ağrı hissettiğini bildirmiştir. Yapılan farklı bir çalışmada da yaşlıların %70'i ağrı yaşadıklarını ifade etmiştir (Kalan ve Arık, 2018).

Gerçekleştirilen çalışma kapsamında yaşlı bireylerin %59,4'ü ağrılarının derinde olduğunu belirtmiştir. Yaşlı bireylerin ağrıyı en çok üst ekstremitte bölgesinde (%21,8), gövde bölgesinde (%16,4), baş ve üst ekstremitte bölgelerinde (%6,1) derinden hissettiği belirlenmiştir. Güngör vd. (2013) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrının bölgelere göre dağılımları incelendiğinde; %34,5'i ağrı bölgesinin ekstremiteler, %25'i gövde ve %10,7'si baş, ekstremitte olduğunu bildirmişlerdir (Güngör vd., 2013). Yapılan farklı bir çalışmada da yaşlı bireylerin en sık ağrıyan bölgelerini; diz (%25,8) ve bel ağrısı (%16,1) olarak tespit edilmiştir (Kalan ve Arık, 2018). Saka ve Gözüm (2020) yaptıkları çalışmada ise yaşlıların en sık ağrı hissettikleri üç bölge sırasıyla; bacak %55, kalça/bel %50 ve diz %46,9 olarak sıralamıştır. Yaşlanma ile birlikte kas-iskelet sisteminde birtakım değişiklikler meydana gelmiş ve yaşlanmaya bağlı kemik ve eklem yapısı bozulmuştur. Bu da iskelet ve kas gücünde azalmaya yol açarak ağrıya neden olmuştur (Karadakovan, 2014). Çalışma bulgularımız literatürde yaşlılarda ağrının kas iskelet sistemi hastalığına bağlı sıklıkla ekstremitelerde ve eklemlerde olduğunu bildiren çalışmaları desteklemektedir (Brown vd, 2011, Tse vd, 2013).

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrı özelliğine göre dağılımları incelendiğinde; %57,8'i sıkıntılı, %51,6'sı sürekli, %48,4'ü

hissizleştiren, %45,5'i yorucu, %44,9'u çıldırtan şeklinde ağrılarının olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşlı bireyler ağrının zamanla ilişkisinde; devamlı (%31,2), kararlı (%33,7), sabit (%35,1), periyodik (%42,9) ve genel (%46,7) olarak yanıt verdikleri belirlenmiştir. Güngör vd. (2013) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrı özelliğine göre dağılımlarını incelediklerinde; %60,7'si sıkıntılı, %52,3'ü rahatsız edici, %51,1'i sıkıntı verici, %47,06'sı yorucu, %46,4'ü sızlayan, %34,5'i hassas ve %33,3'ü yansıyan ağrısının olduğunu ifade etmiştir. Ağrının zamanla ilişkisine göre, yaşlı bireylerin %63,8'i ağrısının devamlı, %45,3'ü genel ve %43,9'u ritmik olduğunu bildirmiştir (Güngör vd., 2013). Bu durum bizim çalışmamız ile benzer nitelikte sonuçların olduğunu kanıtlamıştır.

Subjektif bir deneyim olan ağrı, çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkmış ve yaşlıların fiziksel fonksiyonlarını, yaşam kalitesini ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkilemiştir (Aslan, 2006). Yapılan çalışma kapsamında yaşlı bireylerden %44,3'ü yaşadığı ağrının sosyal faaliyetlere katılımını az etkilediğini, %34,9'u yaşadığı ağrının günlük aktivitelerini biraz etkilediğini, %29,1'i yaşadığı ağrının yaşamdan zevk almalarını tamamıyla etkilediğini, %35,6'sı yaşadığı ağrının uyku düzenini az etkilediğini, %30,3'ü yaşadığı ağrının beslenmelerini az etkilediğini, %34,4'ü yaşadığı ağrının diğer insanlarla ilişkilerini az etkilediğini ifade etmiştir. Ağrının yaşlı bireylerde sosyal izolasyona, uyku problemlerine, depresyona, aktivite bozulmasına neden olduğu ve günlük işleri etkilediği bildirilmiştir (Gümüş vd., 2012; Lemola ve Richter, 2013; Noro vd., 2012; Paterson ve Warburton, 2010; Tse vd., 2013; Ulus vd., 2014; Yıldız vd., 2009). Ağrı, algısal bir olay ve dokuya yönelik bir tehdit ile başlayan önemli bir koruyucu sinyalimiz iken; kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, bazen de günlük yaşamı dayanılmaz hale getiren bir boyuta gelebilmiştir. Ağrı yaşlı bireyi ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden etkilemiştir (Çırak, 2018).

Organik inanç kavramında kişiler ağrılarının vücutta yaralanma, zarar görme nedenli olduğunu düşünülmüştür. Kişiler, hasar ve yaralanma ne kadar fazla ise ağrısının da o oranda fazla olabileceği inancına sahip olmuştur. Psikolojik ağrı inancında ise kişiler ağrılarının depresyon ve anksiyete gibi psikolojik faktörlerden kaynaklı olduğuna inanılmıştır (Babadağ ve Alparslan, 2017; Baird and Haslam, 2013). Yaşlı bireylerin "Organik İnançlar" alt boyutu puan ortalamasının $2,91 \pm 0,74$; "Psikolojik İnançlar" alt boyutu puan ortalamasının $2,86 \pm 0,83$ olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada yaşlı bireylerin ağrının organik nedenlerden kaynaklandığına inandıklarını bildirmiştir.

Gümüş vd. (2012) yaptıkları çalışmada bireylerin organik inançlarını $2,84\pm 0,70$ ve psikolojik inançlarını ise $2,75\pm 0,67$ olarak belirlemiştir. Tıgılı vd. (2019) yaptıkları çalışmada da organik inançlar puanını 4.26 ± 0.81 , psikolojik inançlar puanını $4,59\pm 1,14$ olarak tespit etmişlerdir. Cornally ve McCarthy (2011) çalışmasında geriatrik bireylerde organik inançlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Geriatrik bireylerde ağrıya yönelik inancın saptanmasına dair Ulus ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri incelemede, yaşlıların % 42'sinde “ağrının doku hasarından kaynaklandığı” inancı ve % 51'inde ise “Ağrı bir hastalık belirtisidir” inancı yüksek bulunmuştur (Ulus vd, 2014). Bu durum; yaşlı bireylerin ağrının organik nedenli olduğuna inandıklarını ortaya koymuştur.

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan yaşlı bireylerden erkeklerin; genel sağlık durumunu iyi hissedenlerin ve son 6 ay içerisinde sürekli ağrı yaşamadığını ifade edenlerin organik inançları puanlarının daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda, erkeklerin, sağlık durumu iyi olanların ve sürekli ağrı deneyimi yaşamamış yaşlıların, ağrının nedeninin vücutta yaralanma, zarar görme olduğunu düşünmüştür. Yapılan meta-analiz çalışmasında da sağlık durumunun ile ağrı inançları arasında önemli ilişkiler olduğu bildirilmiştir. Kişinin sağlık durumu ağrı inançlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Jia ve Jackson, 2016). Yapılan farklı çalışmalarda, sosyodemografik özelliklerin organik ağrı inançlarını etkilemediği görülmüştür (Koçoğlu ve Özdemir, 2011; Ulus vd., 2014). Gelir seviyesi çok kötü olan katılımcıların psikolojik inançlarının diğer gelir seviyesinde olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Koçoğlu ve Özdemir (2011) gelir düzeyinin, psikolojik inançlar alt boyutunu %11 oranında etkilediğini saptamıştır. Bireylerin gelir düzeyi yani ekonomik koşulları ağrının psikolojik açıdan algılanmasını etkilemiştir. Bu durum, düşük gelir grubunda, ağrı bozukluklarını da içeren somatizasyon yaşama sıklığının fazla olması ile açıklanabilmiştir (Koçoğlu ve Özdemir, 2011).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %50,8'inin depresyonda olmadığı, %1,3'ünün olası depresyonda olduğu ve %47,9'unun ise kesin depresyonda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada yaşlılarda depresyon sıklığı değerlendirilmiş, 65–74 yaş arasındaki yaşlılarda görülen depresyon sıklığı huzurevinde ve evde yaşayanlarda sırasıyla %68,9 ve %81,8 iken, 75 ve üzeri yaş grubunda huzurevi ve evde yaşayanlarda görülen depresyon sıklığı sırasıyla %31,1 ve %18,2 olarak belirtilmiştir (Demir vd, 2013). Geriatri polikliniğine başvuran bireyler üzerinde

yapılmış bir başka çalışmada da bireylerin %30,7'sinde, serviste yatmakta olan hastalarda ise %35'inde majör depresyon saptanmıştır (Duru ve Özdemir, 2009). Yapılan farklı bir çalışmada ise yaşlıların %53'ünde hafif depresyon bulunurken, %39,3'ünde orta düzeyde depresyon, %7,7'sinde ağır depresyon olduğu bildirilmiştir (Ağırman vd, 2017). Depresyon yaşlılık dönemindeki psikiyatrik sorunlar arasında önemli bir yer tutmuştur.

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan yaşlı bireylerden kadınların; bekar olanların, parçalanmış aile tipine sahip olanların, sağlık durumunu çok kötü olanların GDÖ düzeylerinin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde bekar olanların (Cacioppo vd., 2010; Polat ve Karasu, 2020), kadınların (Aylaz vd., 2012; Gerst-Emerson vd., 2014; Polat ve Karasu, 2020), yalnız yaşayanların (Park vd., 2013; Polat ve Karasu, 2020) depresyon düzeyleri daha yüksek olduğu bulunmuştur. Elkin'in de (2016) yaptığı çalışmada yaşlılarda; kadın cinsiyetinin, medeni durumunun, eğitim durumunun ve kronik hastalık durumunun depresyonu olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Diğer bir çalışmada ise, kadınların, bekar olanların, bir engeli veya ciddi bir tıbbi rahatsızlığı olanların depresyon açısından daha yüksek risk altında oldukları saptanmıştır (Zubaroglu Yanardağ ve Say Şahin, 2019). Yapılan farklı çalışmada da depresif yakınmaları olanların %50'si sağlık durumlarını iyi değil olarak ifade etmiştir. Burada depresyonun yaşlıların kendi sağlık algısını olumsuz yönde etkileyebileceği gibi, sağlığın gerçekten bozuk olmasının ikincil depresif bulgulara yol açabileceği belirtilmiştir (Balcı vd,2012).

Yaşlı bireylerden son 6 ay içerisinde sürekli ağrı yaşayanların ($X=16,45$) GDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Akyol çalışmasında ağrı düzeyi arttıkça depresyonun arttığını bildirmiştir (Akyol, 2014). Ayrıca çalışmamızda yaşlı bireylerden ağrı konusunda bilgilendirilmeyenlerin, ağrıya karşı alınan desteği az bulunanların, ağrı konusunda bilgilendirilmeyenlerin, ağrıya karşı alınan desteği az bulanların, ağrı nedeniyle sosyal faaliyetleri, günlük aktiviteleri, uyku düzeni, beslenmesi, diğer insanlar ile ilişkileri etkilenenlerin ve yaşamdan zevk alamayanların GDÖ düzeylerinin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşlılarla yapılan bir çalışmada da sağlığını kötü algılamanın günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) bağımlılık düzeyini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Hacıhasanoğlu ve Yıldırım, 2009; Yiğen, 2015). Başka bir çalışmada da GYA'deki bağımlılığın depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (Demir 2017).

Depresyona bağlı yaşlılar kendilerini yetersiz, mutsuz, gereksiz, yalnız ve karamsar hissetmiştir. Majör depresyon sadece ie kapanmaya ya da üzüntüye sebep olmayıp aynı zamanda yaşlılarda intihara eğilime yönlendirmeye neden olabilmektedir (Polat ve Karasu, 2020). Depresyondan muzdarip bireyler baş ağrısı, iştah ve uykuda rahatsızlıklar, enerji eksikliği yaşadığı bildirilmiştir (Spielberg vd., 2008).

Yaş ile ağrı inançları ölçeğinin alt boyutları olan organik inançlar ($r=,742$; $p=,00$) ve psikolojik inançlar ($r=,776$; $p=,00$) arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Yaşlılıkta ağrı görölme sıklığı yaş ile paralel olarak artmaktadır (Yang vd., 2015). Gerçekleştirilen literatür taraması sonucunda yaşlanma ile beraber ağrı şikâyetlerinde artış olduğu belirlenmiştir (Karadağ vd, 2018). Ağrıların yaşlılık sürecinde çok daha yoğun gelişen şikâyetler arasında olmasına rağmen, çok sayıda yaşlı bireyin söz konusu ağrıların yaşlılıktan kaynaklandığını öne sürdükleri belirtilmiştir (Yücel ve Kayıhan, 2011). Cornally ve McCarthy'nin yaşlı hastaların katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmada, yaşlı hastalar ağrının temelinin yaşla alakalı olduğunu belirtmiştir (Cornally ve McCarthy, 2011).

Bu çalışmada ağrı inançları ile depresyon arasında doğrusal yönlü bir ilişki olduğu ağrı inançları arttıkça depresyonun da arttığı belirlenmiştir. Literatürde yaşlı bireylerin ağrı inançları ile depresyon düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat ağrı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğunu, bireylerin ağrı düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Akyol, 2014; Göçer ve Günay, 2018; İlhan vd, 2019; Kitiş vd., 2012; Yiğen, 2015).

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

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

- Yaşlı bireylerin %72'sinin son 6 ay içerisinde sürekli ağrı yaşadığı ve ağrılarının derinde olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin ağrısı en çok üst ekstremiteler, gövde ve baş ve üst ekstremiteler bölgelerinde derinden hissettiği belirlenmiştir.
- Yaşlı bireyler yaşadıkları ağrı özelliğini en çok sıkıntılı, sürekli, hissizleştirici, yorucu, çıldırtıcı şeklinde ifade etmişlerdir.
- Yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrının sosyal faaliyetlere katılımını, günlük aktivitelerini, yaşamdan zevk almalarını, uyku düzenini, beslenmelerini ve diğer insanlarla ilişkilerini etkilediği belirlenmiştir.
- Yaşlı bireyler ağrının organik nedenli olduğuna inandıklarını bildirmiştir. Cinsiyet, aile tipi, gelir seviyesi, genel sağlık durumu ağrı inançlarını etkilemiştir.
- Araştırmaya katılan yaşlı bireylerden yarıya yakınının depresyon yaşadığı tespit edilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, aile tipi, sağlık durumu, yaşanan ağrı ve ağrıya bağlı bağımlılık düzeyinin artması depresyon düzeylerini olumsuz etkilemiştir.
- Yaşlı bireylerde yaş artıkça ağrı inançları da artmıştır. Organik ağrı inançları artıkça depresyon düzeylerinin de arttığı saptanmıştır.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Ağrı inançlarının hastanın ağrısına yaklaşımlarını etkileyebileceği görüşünden yola çıkarak hastaların ağrı, ağrı inanç düzeylerinin ve depresyon düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Yaşlı bireylerin ve ailelerinin bu konulara ilişkin farkındalıklarının artırılması
- Ağrı ve depresyon düzeylerinin azaltılmasına yönelik girişimler yapılması
- Daha büyük ve farklı örneklem gruplarıyla ağrı inançları ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Ahad, Y.E. (2016). Yaşlıların yaşlılık algısının yaşam kalitesi ve depresyonla ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
2. Ağırman, E. ve Gençler, M. Z. (2017). Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. Çağdaş Tıp Dergisi, 7(3), 234-240.
3. Akyol, B. (2014). Üst ekstremitte ve bel ağrı tanısı konulmuş sedanter kadınlarda kalistenik egzersizlerin ağrı eşiği üzerine etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalı, Doktora tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi.
4. Altuk, B. (2011). Yaşlılıkta bilişsel işlevler, empatik eğilimler ve depresyon belirtileri, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.
5. American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. Journal of the American Geriatrics Society, 57(8), 1331–1346. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x>
6. Aslan, F.E. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1): 9-16.
7. Aslan, F.E. (2006). Ağrının epidemiyolojisi. İçinde: Fatma Eti Aslan F, editör. 1, Basım, Ağrı doğası ve kontrolü. 1. Basım, İstanbul: Avrupa Kitapçılık.
8. Aslan, F.E. ve Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı Dergisi, 17(2), 44-51.
9. Aslan, F.E. ve Uzun, Ö. (2014). Yaşlılarda Ağrı. Aslan FE, editör. Ağrı Doğası ve Kontrolü. 2. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
10. Aslan, S. ve Nazlıel, B. (2002). Gerilim tipi baş ağrısında anksiyete, depresyon düzeyleri ve tanısız değerlendirme. In Yeni Symposium, 40(1), 10-14.
11. Atik, D., Karatepe, H., Karatepe, C., Demir, S., Sökmen, S. (2016). The Effect of Gender on The Complications, Pain Intensity and Pain Management in Hemodialysis Patients. Int J Res Med Sci, 4, 1490-1495.
12. Aydın, O.N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 3 (2), 37- 48.

13. Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci., B, Öztürk, H. ve Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors, 55(3), 48-54.
14. Babadağ, B. ve Alparıslan, G.B. (2014). Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir. Yüksek Lisans Tezi.
15. Babadağ, B., Alparıslan, G.B. ve Güleç, S. (2015). The relationship between pain beliefs and coping with pain of algology patients'. Pain Management Nursing, 16(6), 910-919.
16. Babadağ, B. ve Alparıslan, G.B. (2016). Yaşlandım, Ağrım Var!. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi (HEAD), 13 (2), 67-71.
17. Babadağ, B. ve Alparıslan, G. B. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı İnançları. Sted, 26(6), 244-250.
18. Baird, A.J. and Haslam, R.A. (2013). Exploring differences in pain beliefs within and between a large nonclinical (workplace) population and a clinical (chronic low back pain) population using the pain beliefs questionnaire. Physical Therapy, 93 (12), 1615- 1624.
19. Balcı, E., Şenol, V., Eşel, E., Günay, O. ve Elmalı, F. (2012). 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10(1), 37-43.
20. Birge, A.Ö. ve Mollaoğlu, M. (2018). Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler. Ağrı, 30(2), 84-92 DOI: 10.5505/agri.2018.22590.
21. Brown, S.T., Kirkpatrick, M.K., Swanson, M.S. and McKenzie, I.L. (2011). Pain Experience of the Elderly. American Society for Pain Manag Nurs., 12(4), 190-196.
22. Cacioppo, J.T. and Hawkley, L.C. (2010). Thisted RA. Per-ceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the chicago health, aging, and social relations study, Psy-chology and Aging, 25(2), 453-463.
23. Cavlak, U., Aslan, U., Yağcı, N. ve Altuğ, F. (2015). Kronik Muskuloskeletal Ağrının Fizyoterapi-Rehabilitasyon ile Yönetim. Türkiye Klinikleri J Physiother Rehabil-Special Topics, 1(1), 70-90.

24. Collett, B., O'Mahoney, S., Schofield, P., Closs, S. J. and Potter, J. (2007). The assessment of pain in older people. *Clinical medicine*, 7(5), 496. The assessment of pain in older people. https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/book_pain_older_people.pdf.
25. Cornally, N. and McCarthy, G. (2011). Chronic pain: The help-seeking behavior, attitudes, and beliefs of older adults living in the community. *Pain Manag Nurs*, 12(4), 206-217. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2010.12.006>.
26. Çırak K. (2018). Kronik Hastalığı Olan Geriatrik Bireylerde Tutarlılık (Bütünlük) Duygusunun Ağrı ile Baş Etmeye Etkisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
27. Demir, G., Ünsal, A., Gürol Arslan, G. ve Çoban A. (2013). Study of prevalence of depression among elders living at nursing home and house. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 1–12.
28. 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.
29. Dikmen, Y.D. (2013). Ağrı ve Yönetimi. Aştı TA, Karadağ A.(ed) İçinde: *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, 2. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.
30. Duru, G. ve Özdemir, L. (2009). Yaşlı intiharları, nedenleri ve önleyici uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 16:34-41.
31. Edwards, L.C., Pearce, S.A., Turner-Stokes, L. and Jones, A. (1992). The pain beliefs questionnaire: An investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 51(3), 267-272.
32. Elkin, N. (2016). Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, (9)1, 9-21.

33. Ellis, A. (1997). Rational Emotive Behavior Therapy. In; Feltham C, ed. Which Psychotherapy?: Leading Exponents Explain Their Differences, 51-68.
34. Ertan,T., Eker, E. ve Şar, V. (1997). Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi, 34(1), 62-71.
35. Eşsizoglu, A. ve Arısoy, Ö. (2008). Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına karşı tutumları: karşılaştırmalı bir çalışma. Dicle Tıp Dergisi, 35, 167-176.
36. Gerst-Emerson, K. and Shovali, T.E. (2014). Markides KS. Loneliness among very old Mexican Americans: Findings from the hispanic established populations epidemiologic studies of the elderly, Arch Gerontol Geriatr, 59: 145-149.
37. Göçer, Ş. ve Günay, O. (2018). Kayseri’de Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Depresif Belirti Düzeyleri. Euras J Fam Med, 7(3), 116-124.
38. Gökçaya, N.K.O., Gökçe, Y.K., Borman, P., Ceceli, E., Dogan, A., Eyigor, S. ve Karapolat, H. (2012). Pain and quality of life (QoL) in elderly: the Turkish experience. Archives of Gerontology and Geriatrics, 55(2), 357-362.
39. Greist, J.H., Jefferson, J.W. and Trivedi, M.H. (2008). Depression and pain. J Clin Psychiatry; 69(12), 1970-1978.
40. Güler, N. ve Akal, Ç. (2009). Sivas ilinde evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi. Türk Geriatri Dergisi, 12(4), 181-189.
41. Gümüş, A.B., Keskin, G. ve Orgun, F. (2012). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı ve yaşam aktiviteleri: Depresyon, anksiyete ve somatizasyon yönünden bir inceleme. Türk Geriatri Dergisi, 15(3), 299-305.
42. Güngör, N., Özçelik, H. ve Karadakovan, A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi, Klinik Çalışma, 25(3), 93-100.
43. Hacıhasanoğlu, R. ve Yıldırım, A. (2009). Erzincan huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics; 12 (1), 25-30.
44. Hutton, L., Frame, R. and Maggo, H. (2009). The perceptions of physical activity in an elderly population at risk of falling: a focus group study. NZ Journal of Physiotherapy 37(2), 85-92.
45. <https://stats.oecd.org/>

46. İlhan, B., Bahat, G., Erdoğan, T., Kılıç, C. ve Karan, M. A. (2019). Chronic pain: prevalent and independently associated with frailty and female gender in geriatric outpatients. *European Geriatric Medicine*, 10(6), 931-937.
47. İslamoğlu, A. H., ve Alniaçık, Ü. (2014). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. İstanbul: Beta Yayınevi.
48. Jia, X. and Jackson, T. (2016). Pain beliefs and problems in functioning among people with arthritis: a meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine*, 39(5), 735–756. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9777-z>
49. Kalan, U. ve Arık, F. (2018). Prevalance and Distribution of Pain in Geriatric Patients. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 1(3), 79-85.
50. Karadağ Arlı, S., Bakan, A. B., Varol, E. ve Aslan, G. (2018). Investigation of pain and life satisfaction in older adults. *Geriatrics ve gerontology international*, 18 (1), 5-11.
51. Karadakovan, A. (2014). Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara.
52. Kennedy Nkhoma, J.S. and 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, 14(216), 1-8. <https://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-14-216>.
53. Kitiş, A., Ülgen, S.Y., Zencir, M. ve 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.
54. Kocataş, S., Güler, G. ve Güler, N. (2004). 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1).
55. Koçoğlu, D. ve Özdemir, L. (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik-ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Ağrı Dergisi*, 23(2), 64-70.
56. Köroğlu, E. (2013). DSM 5 Tanı ölçütleri başvuru elkitabı. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü.
57. Kuşuoğlu, S., Aslan, F. ve Olgun, N. (2003). McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)'nun Türkçe'ye uyarlanması. *Ağrı*, 15(1), 47-52.
58. Kutsal Gökçe, Y. (2007). Ağrı. In: Gökçe Kutsal Y(Ed): *Temel Geriatri*, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.

59. Lemola, S. and Richter, D. (2013). The course of subjective sleep quality in middle and old adulthood and its relation to physical health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 68(5), 721-729.
60. Leveille, S.G., Zhang, Y., McMullen, W., Kelly Hayes, M. and Felson, D.T. (2005). Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. *Pain* 116, 332-338.
61. Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
62. Melzack, R. and Torgerson, W.S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34(1), 50- 59.
63. Noro, A.M., Hakkinen, U.T. and Laitinen, U.J. (2012). Determinants of health service use and expenditure among the elderly Finnish population. *Health Services Research* 25, 174-180.
64. Ordu, N.K.G., Gokce Kutsal, Y., Borman, P., Ceceli, E., Dogan, A., Eyigor, S. et al. (2012). Pain and quality of life (QoL) in elderly: the Turkish experience. *Arch Gerontol Geriatr*, 55(2), 357-362.
65. Özel, F., Yıldırım, Y. ve Fadiloğlu, Ç. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı*, 26(2), 57-64.
66. Özveren, H., Faydalı, S., Gülnar, E. ve Faydalı Dokuz, H. (2018). Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve davranışları. *Journal of Contemporary Medicine*, 60-66. doi:10.16899/gopctd.388195.
67. Özyalçın, N.S. (2004). Yaşlı hastalarda kronik ağrı: Prevalans, değerlendirme, tedavi seçenekleri. *Klinik Gelisim*, 17(2), 36-48.
68. Park, N.S., Jang, Y.R., Lee, B.S., Haley, W.E. and Chiriboga, D.A. (2013). The mediating role of loneliness in the relation between social engagement and depressive symptoms among older Korean Americans: do men and women differ? *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(2), 193-201.
69. Paterson, D.H. and Warburton, D.E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act* 7, 38.
70. Peker, D.S. (2007). Ağrı yakınması olan hastalarda yaşam kalitesi, başa çıkma tutumları ve depresif belirtilerin ağrı algısı ile ilişkisi. (Uzmanlık Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın.

71. Polat, F. ve Karasu, F. G. (2020). Yaşlı bireylerin algıladığı yalnızlık düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8(1), 72-82.
72. Raina, R., Krishnappa, V. and Gupta, M. (2017). Management of pain in end-stage renal disease patients: Short review. Hemodial Int. doi: 10.1111/hdi.12622.
73. Ruzicka, S., Sanchez-Reilly, S. and Gerety, M. (2007). Holistic assessment of chronic pain among elders. Am J Hosp Palliat Care 24(4):291-9. <http://dx.doi.org/10.1177/1049909106299061>.
74. Saka, S. D. ve Gözüm, S. (2020). Toplumda yaşayan yaşlılarda ağrı prevalansı ve yaşlıların ağrı öz yönetim uygulamaları. Cukurova Medical Journal, 45 (2), 1-1.
75. Schofield, P. (2018). The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines, Age and Ageing, Volume 47, Issue suppl_1, March 2018, Pages i1–i22, <https://doi.org/10.1093/ageing/afx192>.
76. Sertel Berk, H.Ö. (2006). Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
77. Sharp, D.M., Walker, M.B., Chaturvedi, A., Upadhyay, S., Hamid, A., Walker, A.A., Bateman, J.S., Braid, F., Ellwood, K., Hebblewhite, C., Hope, T., Lines, M. and Walker, L.G. (2010). A randomised, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. European Journal of Cancer; 46 (2), 312- 322.
78. Spielberg, R., Mikolajick, T., Nagel, N., Specht, M., Willer, J., Richter, D. and Taeuber, A. (2008). U.S. Patent Application No. 11/526,850.
79. Şahin, D., Aydın, A., Şimşek, N. ve Cabar, H. D. (2012). Yaşlılık, depresyon ve hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3(1), 38-41.
80. Tanrıverdi, G., Okanlı, A., Çetin, H. ve Özyazıcıoğlu, N. (2009). Yaşlı popülasyonunda ağrı. Türk Geriatri Dergisi, 12(4), 190-197.
81. Tıgılı, A., Günebakan, Ö., Toslalı, Z. ve Aytar, A. (2019). Geriatrik kişilerde biliş düzeyi, ağrı inançları ve vücut farkındalığı'nın ilişkisi. Sağlık ve Toplum, 29(2), 86-91.

82. Tsai, Y.F., Tsai, H.H., Lai, Y.H. and Chu, T.L. (2004). Pain prevalence, experiences and management strategies among the elderly in Taiwanese nursing home. *J Pain Symptom Manag* 28, 579-584.
83. Tse, M., Wan, V. T. and Wong, A.M. (2013). Pain and Pain-Related Situations Surrounding Community-Dwelling Older Persons. *J Clin Nurs.*, 22(13-14), 1870-1879.
84. TÜİK. (2014). www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16049 Erişim Tarihi:16.06.2020
85. TÜİK. (2019). Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları, Sayı:30567.
86. Tütüncü, R. ve Günay, H. (2011). Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon/Chronic pain, psychological factors and depression. *Dicle Tip Dergisi*, (2), 257.
87. Ulus, B., İrban, A., Bakirci, N., Yılmaz, E., Uslu, Y., Yücel, N. et al. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı özellikleri, ağrı inançları ve depresyon riskinin belirlenmesi. *Turk J Geriatr*, 17(2), 180-187.
88. United Nations. (2015). United Nations, World Population Ageing 2015 Report. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf, p.41-99.
89. Uyar, M. ve Köken, İ. (2017). Kronik ağrı nörofizyolojisi. *TOTBİD Dergisi*, 16, 70–76.
90. World Health Organisation. (1998). World Health Organization, Population Ageing-A Public Health Challenge, Fact Sheet No. 135. World report on Ageing and Health https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
91. WHO. (2013). World Health Organization, World Report on Ageing and Health, Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2019, https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
92. WHO. (2017). World Health Organization, World Report on Ageing and Health, , https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/ Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2019.
93. WHO. (2018). Ageing and Health, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health> Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2020.

94. WHO. (2020). https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_3 Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2020.
95. Yang, F., Zhang, C., Xu, Q., Tiwari, V., He, S.Q., Wang, Y., Dong, X., Vera-Portocarrero, L.P., Wacnik, P.W., Raja, S.N. and Guan, Y. (2015). Electrical stimulation of dorsal root entry zone attenuates wide-dynamic-range neuronal activity in rats. *Neuromodulation*, 18(1), 33-40.
96. Yaşlanma uluslararası eylem planı. (www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf).
97. Yaşlılık Döneminde Depresyon. (2019). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yasli-sagligi/liste1/ya%C5%9Fl%C4%B1-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-depresyon.html#:~:text=Depresyon%3A%20Uzun%20s%C3%BCreli%20ve%20s%C3%BCrekli,d%C3%BC%C5%9F%C3%BCncelerinin%20e%C5%9Fl%C4%B1%20bir%20bozukluktur.> Erişim Tarihi: 16.06.2020.
98. Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10 (52).
99. Yıldız, A., Erol, S. ve Ergün, A. (2009). Bir Huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. *Türk Geriatri Dergisi*, 12(3), 156-164.
100. Yiğen, H. (2015). Yalnız yaşayan ve ailesiyle birlikte yaşayan yaşlılarda günlük yaşama, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan
101. Yücel, A. (2014). Ağrı Mekanizmaları. İçinde: Aslan FE (ed.) Ağrı Doğası ve Kontrolü, 2. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi.
102. Yücel, H. ve Kayıhan, H. (2011). Pain, physical performance and balance in the elderly at hospital. *Arch Gerontol Geriatr*, 52(3), 103-105.
103. Zubaroğlu Yanardağ, M. ve Say Şahin, D. (2019). Yaşlı Bireylerde Sürekli Kaygı ve Sürekli Depresyon, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 37-55.
104. Zyga, S., Alikari, V., Sachlas, A., Stathoulis, J., Aroni, A., Theofilou, P. and Panoutsopoulos, G. (2015). Management of pain and quality of life in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Pain Management Nursing*, 16(5), 712-720.

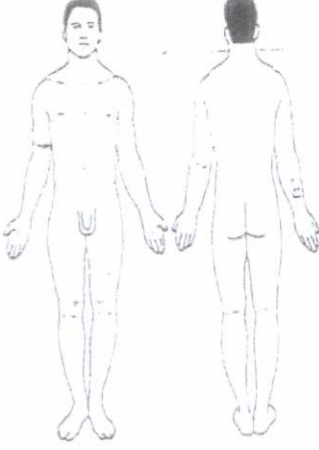
EKLER

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

- 1) Yaş:
- 2) Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek
- 3) Medeni Durum: a) Evli b) Bekar
- 4) Eğitim Durumu: a) Okur -yazar değil b) Sadece okur-yazar c) İlköğretim d) Ortaöğretim e) Yükseköğretim ve üstü
- 5) Meslek: a) Ev Hanımı b) Esnaf c) İşçi d) Memur e) Emekli f) Diğer (.....)
- 6) Gelir Düzeyi: a) Çok kötü b) Kötü c) Orta d) İyi e) Çok iyi
- 7) Aile tipiniz nedir? A) Geniş aile b) Çekirdek aile c) Parçalanmış aile
- 8) Evde beraber yaşanan kişiler: a) Yalnız b) Eş,çocuk c) Ebeveyn d) Diğer (.....)
- 9) Mevcut hastalık / hastalıklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
 1. Yok ()
 2. DM ()
 3. HT ()
 4. CVH ()
 5. Demans ()
 6. Kardiyovasküler Hastalıklar ()
 7. Osteoporoz ()
 8. Solunum Sistemi Hastalıkları ()
 9. Romatizma ()
 10. Sindirim Sistemi Hastalıkları ()
 11. Diğer (Açıklayınız.....)()
- 10) Yaşlılığınızı algılama durumunuzu belirtiniz.
 1. Kendimi çok yaşlı hissediyorum
 2. Kendimi yaşlı hissediyorum
 3. Kendimi yaşlı hissetmiyorum
 4. Kendimi hiç yaşlı hissetmiyorum
- 11) Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Çok kötü b) Kötü c) Orta d) İyi e) Çok iyi
- 12) Son bir yıl içinde ağrı yaşadınız mı? a) Evet b) Hayır
- 13) Bugüne kadar hiç psikiyatriste gittiniz mi? a) Evet b) Hayır
- 14) Psikiyatrik destek almak ister misiniz? a) Evet b) Hayır
- 15) Son altı ay içinde sürekli ağrı yaşadınız mı? a) Evet b) Hayır
- 16) Bu ağrı ya da ağrıların sıklığı nasıldır?
 1. Sürekli
 2. Günde 1-2 kez
 3. Günde birçok kez
 4. Haftada 1-2
 5. Haftada birden fazla
 6. Ayda 1-2 kez
 7. Ayda 3-4 kez

8. Diğer (.....)
- 17) Ağrınızı gidermede ağrı kesici alıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- 18) Yaşadığınız ağrıya yönelik herhangi bir tedavi uygulandı mı? a) Evet b) Hayır
- 19) Çevrenizde ağrı deneyimleyen kişiler var mı? a) Evet b) Hayır
- 20) Ağrınız olduğunda neler yapmanız gerektiği konusunda bilgilendirildiniz mi?
a) Evet b) Hayır
- 21) Aldığınız destekler, ağrınızı gidermede ne kadar etkili oldu?
a) Çok b) Orta c) Az d) Hiç
- 22) Genel olarak ağrı, sosyal faaliyetlere katılımınızı ne ölçüde etkiliyor?
1. Etkilemiyor ()
2. Az etkiliyor ()
3. Biraz etkiliyor ()
4. Tamamıyla etkiliyor ()
- 23) Yaşadığınız ağrı günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?
1. Etkilemiyor ()
2. Az etkiliyor ()
3. Biraz etkiliyor ()
4. Tamamıyla etkiliyor ()
- 24) Ağrı, yaşamdan zevk almanızı ne ölçüde etkiliyor?
1. Etkilemiyor ()
2. Az etkiliyor ()
3. Biraz etkiliyor ()
4. Tamamıyla etkiliyor ()
- 25) Ağrı, uykularınızın düzenini ne ölçüde etkiliyor?
1. Etkilemiyor ()
2. Az etkiliyor ()
3. Biraz etkiliyor ()
4. Tamamıyla etkiliyor ()
- 26) Ağrı, beslenmenizi ne ölçüde etkiliyor?
1. Etkilemiyor ()
2. Az etkiliyor ()
3. Biraz etkiliyor ()
4. Tamamıyla etkiliyor ()
- 27) Ağrınız diğer insanlarla (eş, dost, çocuklar) ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?
1. Etkilemiyor ()
2. Az etkiliyor ()
3. Biraz etkiliyor ()
4. Tamamıyla etkiliyor ()

EK-2: McGill-Melzack Ağrı Formu

<p>MCGILL-MELZACK AĞRI SORU FORMU</p> <p>Hastanın algılama ölçütü: En iyi tahmini belirtilen sayıyı daire içersine alın. 1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek)</p> <p>Bu ölçek; ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi vermek üzere hazırlanmış olup dört bölümden oluşmuştur. (1) Ağrınızın yeri (2) Özelliği (3) Zamanla ilişkisi (4) şiddeti</p> <p>Şu anda bizce ağrınızı nasıl hissettiğiniz çok önemlidir. Lütfen her bölümün başında bulunan açıklamaları izleyiniz.</p> <p>I. BÖLÜM AĞRINIZ NEREDE? Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınızı nerede / nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise D harfi, yüzeyde ise Y harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına yazınız. Şayet hem derinde hem de yüzeyde ise DY harflerini yazınız.</p> 	<p>II. BÖLÜM: AĞRINIZIN ÖZELLİĞİ Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır. Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz</p> <table border="1"><tr><td>1</td><td>6</td><td>11</td><td>17</td></tr><tr><td>Pır pır eden</td><td>Çekiştirici</td><td>Yorucu</td><td>Yayılan</td></tr><tr><td>Titreyen</td><td>Sürükleyici</td><td>Tüketici</td><td>Dağılan</td></tr><tr><td>Çarpan</td><td>Burkutucu</td><td>12</td><td>İçe işleyen</td></tr><tr><td>Zonklayan</td><td>7</td><td>Tiksindirici</td><td>Delen</td></tr><tr><td>Vuran</td><td>Sıcaklık veren</td><td>Boğucu</td><td>18</td></tr><tr><td>Döven</td><td>Yakıyor gibi</td><td>13</td><td>Sıkıntı verici</td></tr><tr><td>2</td><td>Haşlanıyor gibi</td><td>Korku veren</td><td>Uyuşuklaştıran</td></tr><tr><td>Sıçrayan</td><td>Dağlayıcı</td><td>Korkunç</td><td>Hissizleştiren</td></tr><tr><td>Yansıyan</td><td>8</td><td>Dehşetli</td><td>Sürükleyici</td></tr><tr><td>Fırlayan</td><td>Sızıyor gibi</td><td>14</td><td>Sıkıştırıcı</td></tr><tr><td>3</td><td>Kaşıntılı</td><td>Cezalandırıcı</td><td>Yırtıcı</td></tr><tr><td>Diken diken</td><td>Acıtıcı</td><td>Bitap düşürücü</td><td>19</td></tr><tr><td>Oyuluyor gibi</td><td>İğne batar gibi</td><td>Dayanılmaz</td><td>Ürperten</td></tr><tr><td>Deliyorlar gibi</td><td>9</td><td>Şiddetli</td><td>Üşüten</td></tr><tr><td>Şiş saplanır gibi</td><td>Künt</td><td>Öldürücü</td><td>Donduran</td></tr><tr><td>Şimşek çakar gibi</td><td>Çıldıratan</td><td>15</td><td>20</td></tr><tr><td>4</td><td>Yaralayıcı</td><td>Biçare eden</td><td>Sürekli</td></tr><tr><td>Çok keskin</td><td>Sızlayan</td><td>Kör eden</td><td>Rahatsız eden</td></tr><tr><td>Kesiliyor gibi</td><td>Yoğun</td><td>16</td><td>Bulanık veren</td></tr><tr><td>Yırtılır gibi</td><td>10</td><td>Usandıran</td><td>Istırap veren</td></tr><tr><td>5</td><td>Hassas</td><td>Sıkıntılı</td><td>Berbat</td></tr><tr><td>Kemirici sancı</td><td>Gergin</td><td>Perişan eden</td><td>İşkence eder</td></tr><tr><td>Kasılır tarzda</td><td>Törpüleyen</td><td>Yoğun</td><td>tarzda</td></tr><tr><td>Eziliyor gibi</td><td>Keskin</td><td>Dayanılmaz</td><td></td></tr></table> <p>III. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ 1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız? 1 2 3 Devamlı Ritmik Genel Kararlı Periyodik Anlık Sabit Aralıklı Geçici</p> <p>2. Neler ağrınızı rahatlatıyor?</p> <p>3. Neler ağrınızı artırıyor?</p> <p>IV. BÖLÜM: AĞRINIZIN ŞİDDETİ V. İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimeye birleşirler. Bunlar 1 2 3 4 5 Hafif Rahatsız edici Şiddetli Çok şiddetli Dayanılmaz</p> <p>Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size en uygun rakamı yazınız.</p> <p>1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?</p> <p>2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?</p> <p>3. Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar?</p> <p>4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrınızı hangi kelime tanımlar?</p> <p>5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar?</p> <p>6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?</p>	1	6	11	17	Pır pır eden	Çekiştirici	Yorucu	Yayılan	Titreyen	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan	Çarpan	Burkutucu	12	İçe işleyen	Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen	Vuran	Sıcaklık veren	Boğucu	18	Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici	2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuşuklaştıran	Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştiren	Yansıyan	8	Dehşetli	Sürükleyici	Fırlayan	Sızıyor gibi	14	Sıkıştırıcı	3	Kaşıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı	Diken diken	Acıtıcı	Bitap düşürücü	19	Oyuluyor gibi	İğne batar gibi	Dayanılmaz	Ürperten	Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten	Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran	Şimşek çakar gibi	Çıldıratan	15	20	4	Yaralayıcı	Biçare eden	Sürekli	Çok keskin	Sızlayan	Kör eden	Rahatsız eden	Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulanık veren	Yırtılır gibi	10	Usandıran	Istırap veren	5	Hassas	Sıkıntılı	Berbat	Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence eder	Kasılır tarzda	Törpüleyen	Yoğun	tarzda	Eziliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz	
1	6	11	17																																																																																																		
Pır pır eden	Çekiştirici	Yorucu	Yayılan																																																																																																		
Titreyen	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan																																																																																																		
Çarpan	Burkutucu	12	İçe işleyen																																																																																																		
Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen																																																																																																		
Vuran	Sıcaklık veren	Boğucu	18																																																																																																		
Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici																																																																																																		
2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuşuklaştıran																																																																																																		
Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştiren																																																																																																		
Yansıyan	8	Dehşetli	Sürükleyici																																																																																																		
Fırlayan	Sızıyor gibi	14	Sıkıştırıcı																																																																																																		
3	Kaşıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı																																																																																																		
Diken diken	Acıtıcı	Bitap düşürücü	19																																																																																																		
Oyuluyor gibi	İğne batar gibi	Dayanılmaz	Ürperten																																																																																																		
Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten																																																																																																		
Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran																																																																																																		
Şimşek çakar gibi	Çıldıratan	15	20																																																																																																		
4	Yaralayıcı	Biçare eden	Sürekli																																																																																																		
Çok keskin	Sızlayan	Kör eden	Rahatsız eden																																																																																																		
Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulanık veren																																																																																																		
Yırtılır gibi	10	Usandıran	Istırap veren																																																																																																		
5	Hassas	Sıkıntılı	Berbat																																																																																																		
Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence eder																																																																																																		
Kasılır tarzda	Törpüleyen	Yoğun	tarzda																																																																																																		
Eziliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz																																																																																																			

Ek-3: Ağrı İnançları Ölçeği

AĞRI İNAÇLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin altını çizerek belirtiniz.

i.her zaman ii. Neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Önemli olan, neye inanmanız gerektiğine dair hislerinize ya da bizim sizden neye inanmanızı beklediğimizle ilgili düşüncelerinize göre değil, gerçek inançlarınıza göre cevap vermenizdir.

1. Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

2. Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

3. Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

4. Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

5. Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

6. Rahatken ağrıyla baş etmek daha kolaydır.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

7. Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

8. Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

9. Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

10. Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkansızdır.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

11. Ağrı bir hastalığın işaretidir.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

12. Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.

i.her zaman ii.neredeysel her zaman iii.sık sık iv.bazen v.nadiren vi.hiçbir zaman

Ek-4: Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDÖ)

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	<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 olurlar 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) Çözumsuz 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 hissedersiniz mi?	<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 mıdır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek-5: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlı bireylerin ağrı inançları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisi Kübra DEMİRCİ tarafından yapılacaktır.

Sizi “Aile Sağlığı Merkezi’ne Başvuran Yaşlı Bireylerin Ağrı İnançları ve Depresyon Düzeyleri” adlı yüksek lisans tez çalışmasına davet ediyorum. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar sağlık hizmeti planlayan biz sağlık çalışanlarına yol gösterici olacaktır. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

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

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

EK-6: Etik Kurul İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/11/2019-E.4963



Sayı : 20292139-050.01.04
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Kübra DEMİRCİ
Fen Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Kurulumuz 31.10.2019 tarihinde toplanarak, "Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Yaşlı Bireylerin Ağrı İnançları ve Depresyon Düzeyleri" başlıklı araştırmanızda kullanmak üzere kurula sunmuş olduğumuz Etik Kurul Başvuru Formunuzu onaylayarak imza altına almıştır. Araştırmanızın Etik Kurul Onay Formu ekte yer almaktadır. Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Onay Formu (3 sayfa)

06/11/2019 Raportör

: Zeyneb Funda TEZ

Mevcut Elektronik İmzalar

Evrak Doğrulamak İçin : <https://ehvs.izu.edu.tr/en/Vision/Doğrula/8VA1Y5>
NASUH USLU (Etik Kurulu Başkanlığı - Kurul Başkanı) 06/11/2019 21:07

Adres :Halkalı Caddesi No: 2 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon No : 444 97 98 Faks No: +90 (212) 693 82 29
E-Posta : bilgi@izu.edu.tr İnternet Adresi: www.izu.edu.tr
Kep : izu@hs01.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi : Zeyneb Funda TEZ
Unvan : Raportör
Tel : 2126929606



EK-7: İl Sağlık Çalışma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/02/2020-1364



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 15916306-604.01.01
Konu : Kübra DEMİRCİ(Çalışma İzni)

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Halkalı Cad.No:2 Küçükçekmece/ İstanbul)

İlgi : 07/11/2019 tarihli ve 71211201-4986 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Fen Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Kübra DEMİRCİ'nin " Aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerin ağrı inançları ve depresyon düzeyleri "başlıklı tez alışmasını, Müdürlüğümüze bağlı Hastane/birimlerde yapma talebi Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır.

Müdürlüğümüze başvuruda bulunması halinde çalışma yapabileceği hastane/birimlerin listesi tebliğ edilecek olup çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmesi
Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:(0 212) 638 33 99

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı: DEMİRCİ, Kübra
Uyruğu: T.C.
Doğum tarihi ve yeri: 01.01.1988, İstanbul
Telefon: (0537) 3598519
e-mail: kubra_6eylul@hotmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yükseklisans	Sabahattin Zaim Üniversitesi/ Hemşirelik	2020
Lisans	Marmara Üniversitesi/ Ebelik	2009
Lise	Florya Tevfik Ercan Lisesi	2005

Yabancı Dil

İngilizce