

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN BİREYLERDE AĞRININ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE AĞRIYI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hava Kara

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

ANKARA

2011

KABUL VE ONAY

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde
yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi : 23/06/2011



İmza

Ünvanı Adı ve Soyadı

Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

Gazi Üniversitesi

Jüri Başkanı

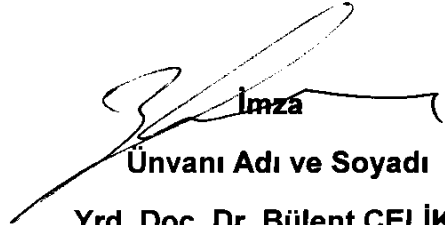


İmza

Ünvanı Adı ve Soyadı

Yrd.Doç.Dr. Azize KARAHAN

Başkent Üniversitesi



İmza

Ünvanı Adı ve Soyadı

Yrd. Doç. Dr. Bülent ÇELİK

Gazi Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Kabul ve Onay	I
İçindekiler	II
Tablolar	V
Kısaltmalar	VIII
1. GİRİŞ	1
1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1. 2. Araştırmanın Amacı	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2. 1. Ağrı	9
2. 1. 1. Yaşlılıkta Ağrı Görülme Sıklığı	10
2. 1. 2. Yaşlılıkta Ağrı Nedenleri	11
2. 1. 3. Yaşlılıkta Ağrı Mekanizması	13
2. 1. 4. Yaşlılıkta Ağrıyı Etkileyen Faktörler	14
2. 1. 4. 1. Yaş	15
2. 1. 4. 2. Cinsiyet	15
2. 1. 4. 3. Kültür	15
2. 1. 4. 4. Yaşanılan Yer İle İlişkisi	16
2. 1. 4. 5. Geçmiş Deneyimler	16
2. 1. 4. 6. Dikkat, Anksiyete	17

	Sayfa No
2. 1. 4. 7. Ağrının Anlamı	18
2. 1. 4. 8. Aile ve Sosyal Destek	19
2. 1. 4. 9. Bakım Politikaları ve Düzenlemeler	20
2. 1. 5. Yaşlı Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi	21
2. 1. 6. Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirme Yöntemleri	26
2. 1. 7. Yaşlı Bireylerde Ağrı Kontrolü	30
2. 1. 7. 1. Farmakolojik Yöntemler	30
2. 1. 7. 2. Farmakolojik Olmayan Yöntemler	34
2. 1. 7. 3. Minimal İnvaziv Girişimler	37
2. 1. 7. 4. Cerrahi Yaklaşımlar	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3. 1. Araştırmanın Şekli	39
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3. 3. 1. Araştırmanın Evreni	40
3. 3. 2. Araştırmanın Örneklemi	41
3. 4. Verilerin Toplanması	44
3. 4. 1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	44
3. 4. 2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması	51

	Sayfa No
3. 4. 3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	52
3. 5. Verilerin Değerlendirilmesi	53
3. 6. Araştırmanın Etik Yönü	54
4. BULGULAR	55
5. TARTIŞMA	90
6. SONUÇ	109
7. ÖZET	114
8. SUMMARY	116
9. KAYNAKLAR	117
10. EKLER	134
Ek 1. Gönüllü Denek Bilgilendirme ve Onay Formu	134
Ek 2. Anket Formu	135
Ek 3. Standardize Mini Mental Test Uygulama Kılavuzu	144
Ek 4. İzin Yazıları	146
Ek 5. Ek Tablolar	151
11. TEŞEKKÜR	161
12. ÖZGEÇMİŞ	162

TABLolar

Tablolar	Sayfa No
Tablo 3. 1. Yaşlı Bireylerin Standardize Mini Mental Test Puanlamasına Göre Dağılımı	43
Tablo 3. 2. Yaşlı Bireylerin Görsel Kıyaslama Ölçeği Puanlamasına Göre Dağılımı	43
Tablo 3. 3. Ağrısı Bulunan Yaşlı Bireylerin Standardize Mini Mental Test Puanlamasına Göre Dağılımı	44
Tablo 3. 4. Örneklem Alınan Yaşlı Bireylerin Huzurevlerine Göre Dağılımı	44
Tablo 4. 1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	56
Tablo 4. 2. Yaşlı Bireylerin Huzurevindeki Yaşantılarına Yönelik Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	58
Tablo 4. 3. Yaşlı Bireylerin Hastalık ve Hastalık Sürelerinin (Yıl) Dağılımı	59
Tablo 4. 4. Yaşlı Bireylerin Kullandıkları İlaç Gruplarının Dağılımı	60
Tablo 4. 5. Yaşlı Bireylerde McGill Ağrı Ölçeğindeki Ağrının Özelliklerine Göre Dağılımı	62
Tablo 4. 6. Yaşlı Bireylerin Ağrı Öyküsüne İlişkin Özellikleri	63
Tablo 4. 7. Yaşlı Bireylerin Ağrılarına Bağlı Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumları	66

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4. 8. Yaşlı Bireylerin Şu Andaki Ağrı Deneyimiyle İlgili İlaç-İlaç Dışı Uygulamaları Kullanma ve Etkili Olma Durumları	67
Tablo 4. 9. Yaşlı Bireylerin Analjezik İlaçları Düzenli Kullanımını Etkileyen Faktörler	68
Tablo 4. 10. Yaşlı Bireylerin Ağrı İletimine Yönelik Verilerin Dağılımı	69
Tablo 4. 11. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Ağrıya Yönelik Verilen Hizmetlerden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı	70
Tablo 4. 12. Yaşlı Bireylerin GKÖ, McGill Ağrı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	71
Tablo 4. 13. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	72
Tablo 4. 14. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Önceki Çalışma Statüsüne Göre Dağılımı	74
Tablo 4. 15. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının GYA'nde Yardıma İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Dağılımı	76
Tablo 4. 16. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Huzurevinde Bulunma Süresine (Yıl) Göre Dağılımı	78

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4. 17. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Ağrının Derinliğine Göre Dağılımı	80
Tablo 4. 18. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi(PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Şu andaki İlaç Dışı Uygulamaları Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	82
Tablo 4. 19. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi(PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Analjezikleri Düzenli Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	84
Tablo 4. 20. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi(PRI), Ağrı Şiddeti, (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Ağrının GYA'ni Etkileme Durumuna Göre Dağılımı	86

KISALTMALAR

SKAOK: Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO)

UAAB: Uluslararası Ağrı Araştırmalar Birliği (International Association of Study for Pain-IASP)

SBPAA: Sağlık Bakım Politikaları ve Araştırmaları Ajansı (The Agency for Health Care Policy and Research-AHCPR)

HKÖM: Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention- CDCP)

USBİA: Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi Anketi (National Health and Nutrition Examination Survey- NHANES)

USHA: Ulusal Sağlık Hizmeti Anketi (National Health Interview Survey- NHIS)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)

GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri (Activities of Daily Living-ADL)

EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi (Instrumental Activities of Daily Living-IADL)

AGT: Amerikan Geriatrik Topluluğu (The American Geriatrics Society- AGS)

ss: Standart Sapma

1. GİRİŞ

1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlanma her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan evrensel bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır^{1,2,3,4,5,6}. Son yüzyılda ortalama yaşam süresinin uzaması ile tüm dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmıştır. Tıp, bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler ve doğum oranlarındaki azalma bu süreçte temel taşı oluşturmuştur^{5,7,8,9,10}. Tüm dünyada doğumdan beklenen yaşam süresi ilerleyici bir şekilde artış göstermiştir. Bu artıştaki en önemli nedenler bebek ve çocuk ölümlerinde azalma; bağışıklamada ve çevre koşullarında elde edilen başarılar ve bu başarıların sürekliliğinin olması, hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde teşhis ve tedavisinin sağlanması, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, antibiyotiklerin gelişimi, eğitim düzeyinin, sağlık hizmetlerinden yararlanımın ve sosyo-ekonomik düzeyin artmasıdır^{1,8,11,12,13,14,15,16}.

Günümüzde toplam dünya nüfusunun 1/10'unu yaşlılar oluşturmaktadır^{5,17,18,19}. Gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusun oranları, gelişmekte olan ülkelere göre iki kat daha fazladır^{15,20}. Dünyada yaşlıların nüfus içinde yüzdesinin en fazla olduğu kıta, %20 ile Avrupa, en az olduğu kıta ise %5 ile Afrika'dır. 2050 yılına gelindiğinde, Avrupa'da yaşlı nüfus oranı %37'e çıkarken Afrika'da %10 olacağı tahmin edilmektedir^{5,6,10,21,22}.

İstatistikler dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusun giderek arttığını göstermektedir^{1,8,9,18}. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, yaşlı nüfusun, tüm nüfus grupları

İçerisindeki payının 2005 için % 5,6 civarında olduğunu, 2008 için yaşlı nüfusun oranının %7 olduğunu göstermiştir^{8,23,24,25}. 2007 TÜİK verilerine göre, doğuştan beklenen yaşam süresinin 2007 yılında 71,7 (erkekler için: 69,3, kadınlar için: 74,2) iken, 2050 yılında 77,3(erkekler için: 74,3, kadınlar için: 80,4) olacağını belirtmektedir^{1,5,26}.

Günümüzde doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması nüfus içindeki yaşlı oranını artırmakta bu durum ise beraberinde sağlık sorunlarının artışı gündeme getirmektedir. Yaşlılıkta görülen hastalıklar kanser, kardiyovasküler hastalıklar, dejeneratif hastalıklar ve bilişsel bozukluklardır^{1,7,12,14,27,28,29}. Yapılan çalışmalarda ise yaşlılarda en çok görülen sağlık sorunlarının ağrı, işitme ve görme problemleri, uyku sorunları, çiğneme sorunları, hazımsızlık, aşırı terleme, hipertansiyon ve konstipasyon olduğu saptanmıştır^{11,29,30,31,32}.

Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunlarında daha fazla gözlendiği bir dönemdir^{1,33,34}. Yaşlılıkta yaşanan ruhsal sorunların başında depresyon, intihar girişimi ve demans gelmektedir^{15,16}. Yaşlılarda yeti kaybına ve özürölölüğe neden olan durumların başında ise kalça kırıkları, artritler ve eklem replesmanları, inme, amputasyon, spinal kord zedelenmesi ve travmatik beyin hasarı gelmektedir^{5,10,35}.

Yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık sorunları akut ve kronik ağrı yaşanmasına yol açmaktadır. Yaşlı bireylerde görülen hastalıklara bağlı ortaya çıkan kronik ağrının yanı sıra cerrahi girişime bağlı akut ağrı da sık karşılaşılan bir sağlık sorunudur^{18,19,36,37}. Birçok yaşlı birey, ciddi hastalık

hazırlayıcı şartlara ve özellikle kas-iskelet ve nöropatik ağrı durumlarını içeren ağrıya neden olabilecek sorunlara sahiptir^{36,38}.

Ağrı yaşlılarda sık karşılaşılan, karmaşık bir sorundur^{2,39,40,41,42,43}. Amerikan Geriatri Derneği tarafından 1998 ve 2001 yıllarında yaşlıda ağrının tedavisi konusunda rehberler yayınlanmış, Uluslararası Ağrı Çalışma Birliği (International Association of Study for Pain-IASP) 2006-2007 yılı global kampanyasını yaşlılarda ağrıya ayırmıştır^{44,45}. 1999-20002 Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi Anketi (National Health and Nutrition Examination Survey-NHANES) ve 2003'de Ulusal Sağlık Hizmeti Anketi (National Health Interview Survey-NHIS)'ndeki bilgilerin temel alındığı 2006'da Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDCP) tarafından

- 65 yaş ve üzerindeki bireylerin 5'te birinin son ayda 24 st'ten daha fazla sürekli ağrı deneyimledikleri,
- 65 yaş ve üzerindeki bireylerin hemen hemen 5'te üçünün son 1 yıl ve daha uzun süredir ağrı deneyimledikleri,
- 65 yaş ve üzerindeki bireylerin son 30 günde eklem ağrısı, ağrı ya da sertlik deneyimledikleri,
- Yaşlı insanlar arasında ciddi eklem ağrılarının olduğu ve ciddi eklem ağrılarının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmiştir(%10'a karşı, %7)⁴⁶.

Ağrı kaynağı ne olursa olsun yaşlı bireylerin en sık dile getirdikleri sorunlardan biridir^{47,48,49}. Ağrıya neden olabilecek pek çok hastalık yaşlılıkta yaygın olmakla birlikte ağrı yaşlılığın normal bir parçası olarak kabul edilemez. Yaşlı bireylerde ağrıya neden olan en önemli faktörler artritler, kas- iskelet sistemi sorunları, dejeneratif artritler, sırt-bel

sorunları ve artropatilerdir^{42,49,50,51,52,53}. Nöropatik ağrı sendromlarında yaygın görülmekle birlikte diyabetik nöropati ve herpes zoster’ide içerir^{49,54,55}. Diğer yaygın ağrı sorunları ise bacak krampları, baş ağrısı ve kladikasyondur^{19,42,49}. Ayrıca depresyon ağrının hem sebebi hem de sonucu olabilir. Depresyona bağlı kronik ve malign olmayan ağrılar görülebilir^{2,19,50,56}.

Ağrı sözcüğü değişik nedenlere bağlı özgün deneyimin sonucu olarak sensoryal, affektif ve değerlendirme boyutlarında farklı değişikliklere yol açan bir dizi deneyimi kapsamaktadır^{57,58,59,60}. Her bireyin ağrı karşısında verdiği tepkiler farklıdır. Bireylerin ağrıyı algılama ve ağrı ile baş etme durumları, ağrı eşiği ve ağrıya gösterilen tolerans ile yakından ilişkilidir^{40,41,59,61}. Ağrı algılaması sensoryal, emosyonel ve davranışsal faktörlerden etkilenen karmaşık bir olaydır. Ağrı eşiğini ve toleransını etkileyen faktörler: yaş, cinsiyet, kültür, dikkat, anksiyete, geçmiş deneyimler, aile ve sosyal destek ve ağrının anlamıdır^{40,58,59,61}. Ayrıca psikolojik durum, dini inanç, yorgunluk, ağrı hafızası, fiziki ortam ağrıya karşı oluşan reaksiyonu, tepkileri ve ağrının şiddetini etkiler^{17,61,62}. Telaffuz zorlukları, görme ve işitme problemleri ve azalan bilişsel ve motor fonksiyonları da ağrının bildirilmesini etkileyebilir^{44,45,51,53,63}.

Yaşlı bireylerdeki ağrının nedeni ve şekli nasıl olursa olsun bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve bunun sonucu olarak da yaşam kalitesini etkilemektedir^{49,51,54,61,64,65}. Ağrı kontrolü sağlıkta yaşam kalitesini belirlemede anahtar bir rol oynamaktadır. Klinisyenler, araştırmacılar ve özellikle yaşlı bireyler ağrının yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu belirtmektedirler^{50,57,61,66,67}. Ağrı; yorgunluk, uykusuzluk, konstipasyon, iştahsızlık, bulantı gibi fiziksel semptomların yanı sıra bireyde kontrol kaybı, konsantrasyonda azalma, iş ve eğitim

yaşantısını sürdürememe gibi etkileriyle sosyal yaşantıyı da olumsuz etkileyen bir sorundur. Bireyde meydana gelen fiziksel ve psikolojik bu etkiler sonucunda, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik yaşanabilmektedir^{55,57,61,65,66,68,69}.

Yetersiz ağrı yönetiminin sonucunda fonksiyonda azalma, yetersiz beslenme, depresyon, harekette bozulma, uyku rahatsızlıkları, anksiyete, ajitasyon, iyileşmenin gecikmesi ve genel yaşam kalitesinde azalma meydana gelir^{40,44,64,69}. Ayrıca yaşlı birey psikolojik uyum bozukluğu, başka hastalıkların varlığına bağlı komorbidite artışı, aile ve arkadaşların kaybı, sosyal ve ekonomik kaynakların azalması riski ile de karşı karşıya kalabilir. Böylece sosyal izolasyondan kaynaklanan yalnızlık, dikkatin ağrıda odaklaşmasına neden olmaktadır^{2,19,52,61}.

Yaşlı popülasyonda karşılaşılan en önemli problemlerden bir tanesi, ağrının değerlendirilmesi ve tedavisidir^{41,55,60,63}. Yaşlı bireylerde birkaç hastalığın bir arada olması, ağrının da birkaç nedene bağlı olarak gelişmesine zemin hazırlamakta, ayrıca yaşlılardaki demans, duysal bozukluklar ve yeti kayıpları da ağrının değerlendirilmesini ve tedavisini güçleştirmektedir^{39,44,69,70}. Kanseri, akut ve kronik ağrı sendromlu hastalarda ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi üzerinde çok fazla bilgi yayımlanmasına rağmen, yaşlılarda ağrıya yönelik odaklanmış çok az bilgi vardır^{19,39,43,67}.

Ağrının değerlendirilmesinde ortaya çıkan en büyük sorunlardan biri ağrının subjektif olmasıdır. Bu yüzden ağrının değerlendirilmesi çok boyutlu olmalı; yaşlı bireyin sadece fiziksel değil, psikolojik, sosyal ve çevresel özellikleri de göz önüne

alınmalıdır^{55,57,61,71,72}. Ağrı tanımlanmalı, doğru öykü alınmalı, sürekli gözlem yapılmalı ve uygun ağrı değerlendirme yöntemleri kullanılmalıdır. Bu bağlamda ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın subjektif olan bu ifadeyi olabildiğince objektif hale getirerek ölçülebilir değerlere çevirmek, uygulanan ağrı geçirme yaklaşımlarının etkinliğini belirlemek için ağrı ölçeklerinin kullanılması gerekmektedir^{39,53,61,73,74}. Ayrıca bilişsel bozukluğa sahip yaşlı bireyler ağrılarını anlatmada ve tanımlamada güçlük çekebilirler. Bu durumda davranışsal ağrı belirteçlerinin izlenmesi gerekmektedir^{53,57,59,73,75,76}.

Ağrı tedavisi multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla yürütülmelidir. Birey ağrıyı deneyimlemekte ve ondan kurtulmak için çaba harcamaktadır. Hemşire ise ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan; hemşirenin bireyle uzun süre birlikte olması, bireyin önceki ağrı deneyimlerini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini bireye öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması, etkilerini ve sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır^{17,50,59,61,73,77,78}.

Yaşlı nüfustaki artış, önemli toplumsal sorunları da beraberinde getirmektedir. Endüstrileşme ve ekonomik durum, sosyal yapıyı etkileyerek aile kurumunda küçülme ve çekirdekleşmeye yol açmıştır. Bu durum yaşlının toplumsal ve aile içi statüsünün değişmesine neden olmuştur. Aile yapısının değişmesi, ailelerin yaşlı insanların ihtiyaçlarını karşılama güçlerinin yetersiz olduğu durumların ortaya çıkması, geleneksel yardım şeklinin yetersiz kalması sosyal hizmet kurumları olan huzurevlerine duyulan ihtiyacı arttırmıştır^{8,11,30,31,79,80,81,82}.

Ülkemizde de huzurevlerinde kalan yaşlı nüfus artmakta ve bu durum bakım sorunlarını gündeme getirmektedir. Huzurevlerinde bakımın temel amaçlarından biri yaşlıların yaşam kalitesini olabilecek en üst düzeye çıkarmak ve sürdürmelerini sağlamaktır. Huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunu olan ağrının kapsamlı ve ölçekler kullanılarak değerlendirilmesiyle yaşlılarda ağrıyı öznelletirme, ağrıya farkındalık oluşması ve hem yaşlı hem de sağlık personeli için ağrı ile ilgili yanlışların ve gerçeklerin (ağrının yaşlanmada doğal bir süreç olmadığı gibi) belirlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ağrı değerlendirilmesi ve bireyin ağrısını etkileyen faktörlerin bilinmesiyle yaşlı bireylerdeki ağrı yönetiminin doğru şekilde yapılmasına olanak sağlanabilir. Ülkemizde yaşlılarda ağrı kontrol modeli geliştirilmesine katkıda bulunulabilir. Ağrı kontrol ve yönetimiyle, ağrı sonucunda oluşabilecek sorunlar önlenabilir, dolayısıyla GYA'ndeki (günlük yaşam aktivitesi) etkilenme en aza indirilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunulabilir. Ayrıca yaşlılıktaki sağlık sorunlarının bir diğer boyutu olan maliyette de (analjezik kullanım oranı, hastane başvuruları, yatış süresi) azalmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1. 2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, huzurevinde yaşayan bireylerde ağrının değerlendirilmesi ve ağrıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Ağrı

Ağrı Türkçe bir kelimedir. Divan-ü Lügat-it Türk'de (XI. yüzyıl), “ağrımak” ve “ağrıĝ” kelimeleri vardır. Bütün dillerde olduğu gibi dilimizde’de ağrının en eski sözcüklerden biri olma olasılığı yüksektir. Dilimizde ağrı, acı, sızı, sancı, ıstırap ve dert olmak üzere ağrı deneyimi bu altı kelime etrafında odaklanır⁸³. Latince de ceza, işkence, intikam anlamında “poena” sözcüğünden gelmektedir. Görüldüğü gibi ağrı (pain), tanımlanması oldukça güç bir kavramdır^{37,74,84}.

Ağrının farklı tanımları yapılmıştır. Mc Caffery ve Ferrell ağrıyı “ağrısı olan bireyin ifade ettiği şeydir ” şeklinde tanımlamaktadır⁴⁸. Merskey ve arkadaşları ağrıyı “öznel bir deneyim” olarak nitelendirmiştir⁵⁸. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tarafından 1979’da yapılan tanımlamaya göre “Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, hastanın geçmişteki deneyimleriyle ilgili, sensoryal, afektif ve hoş olmayan bir duyudur”^{37,61,85,86,87,88}. Ağrı subjektif bir deneyimdir. Bu nedenle kişiden kişiye değişkenlik gösterir^{55,57,60,61,76}.

2. 1. 1. Yaşlılıkta Ağrı Görülme Sıklığı

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak yaşlılığa özgü sağlık sorunları da artmakta ve giderek daha fazla önem kazanmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte kronik hastalıklar ortaya çıkmakta, fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel işlevlerde ve günlük yaşam aktivitelerinde gerileme görülmektedir. Tüm bunlara paralel olarak yaşlılarda ağrı görülme sıklığı artmaktadır^{18,50}.

Dünya üzerindeki yaşlı bireylerde ağrı prevalansı tam olarak bilinmemesine karşın, toplumdaki yaşlı bireylerin %25-50’sinin, kurumsal yerlerde yaşayan ve tedavi gören yaşlı bireylerin ise %45-80’inin ağrı yaşadıkları bildirilmektedir^{42,43,60,64,76,89}. Ülkemizde ise ağrı prevalansı %25-50 arasında değişmekte ve kontrol altına alınamayan ağrıya rastlanma yüzdesi %45-80 olarak bildirilmektedir^{47,50,71}. Ağrı huzurevinde yaşayan bireylerde de görülen yaygın bir sağlık sorunudur. Amerikan Geriatrik Topluluğu (AGT) yaşlı insanlardaki sürekli Ağrı Panel’inde huzurevi yaşayanların %45-80’inin sürekli ağrı yaşadıkları belirtilmiştir^{42,45,69}.

Akut ağrı bütün yaş gruplarında aynı oranlarda görülmektedir^{2,41,44}. Kronik ağrı ise, 65-70 yaşına kadar artarak 70-75 yaşında en yüksek seviyeye ulaşır. Daha ileri yaş gruplarında ise (75 yaş ve +) azalır. 65 yaş ve daha üzerindeki bireylerin yaklaşık 3’de 2’sinin kronik ağrı deneyimledikleri tahmin edilmektedir. Kronik ağrı, toplumda yaşayan yaşlıların %50’sinden fazlasını, bakımevlerinde yaşayan yaşlıların ise %80’inden fazlasını etkilemektedir^{39,44,70}.

2. 1. 2. Yaşlılıkta Ağrı Nedenleri

Toplumda ve huzurevinde yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin şiddetli ağrıya neden olabilecek sorunları olduğu saptanmıştır^{16,17,50,90}. Yaşlı bireylerin %80 kadarı, ağrıya neden olabilen kronik sağlık sorunlarından en az birine sahiptir (Osteoartrit, deri ülserleri, osteoporoz, kanser, anjina, diyabetik nöropati, kronik enfeksiyonlar, parkinson hastalığı ve yaralanmalar)^{19,40,44}. Bununla birlikte yaşlı bireylerde ağrıya neden olan en önemli faktörler kanser ve artrit olarak gösterilmiştir. Yaşlıda en çok görülen kanser mide ve pankreas kanserleri olup, torakolomber ağrıya neden olurlar^{2,19,48}. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılarda kas-iskelet sistemi sorunlarının %7-24 oranında görüldüğünü belirtmektedir¹¹. Yaşlılarda alt ekstremitelerde en yaygın ağrı nedeni kalça sorunlarıdır. Üst ekstremitelerde ise en sık omuzda görülür. Sıklıkla servikal radikülopatiden yayılan ağrılardır. Yaşlılarda osteoporoz da yaygın sırt ağrısına neden olabilir². Yaşlanma ile birlikte artrit ağrılarının, efor anjinasının, pelviste veya omurlarda kırıklara bağlı ağrılarının arttığı bildirilmiştir¹⁹.

Yaşlılarda sık rastlanan kanser dışındaki ağrılı durumlar:

- A. Damarsal kökenli ağrılar: Otoimmün hastalıklar (temporal arterit), iskemik hastalıklar (anjina pectoris, periferik vasküler hastalıklar), tıkalıcı hastalıklar (arteriyel ve venöz tıkanıklıklar)
- B. Nörojenik kökenli ağrılar: Sinir kökü irritasyonları, periferik nöropatiler, postherpetik nevraljiler, talamik sendrom
- C. Kemik kökenli ağrılar: Senil osteoporoz, paget hastalığı
- D. Eklem kökenli ağrılar: Osteoartrit, servikal lomber spondiloz, eklemleri tutan diğer hastalıklar

- E. Adele kökenli ağrılar: Polimiyaljiya romatika, hastalıklara veya ilaçlara ikincil miyopatiler, fibromiyalji, miyofasiyal ağrılar, immobilizasyona bağlı adale ve tendon kontraktürleri
- F. Viseral kökenli ağrılar: Peptik ülser veya hiatal herni, kolelitiazis, divertiküller, spastik kolon, konstipasyon ve hemoroid'dir^{10,47,71}.

Yaşlı insanlardaki sürekli ağrı durumu depresyon, anksiyete, bilişsel bozulma, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları, hareket bozuklukları, fonksiyonellikte kısıtlanma gibi pek çok soruna yol açabilir ve sağlık maliyetlerinde önemli artışlara sebep olabilir^{42,44,49,53,54,63}. Depresyon ağrının hem sebebi hem de sonucu olmaktadır. Özellikle huzurevinde kalan yaşlılarda daha belirgin olmak üzere ağrıya ikincil depresyon bu yaş grubunda çok sık rastlanan bir sorundur^{2,43,50,71}. Bahar ile Aksüllü'nün belirttiğine göre Abrams ve arkadaşları depresyonun huzurevinde kalan yaşlı grupta yüksek oranda görüldüğünü, bu oranın tıbbi hastalık sıklığı ile ilişkili olduğunu ve varolan majör depresyonun mortalite riskini artırdığını bildirmiştir^{80,82}.

Yaşlılarda en önemli sorunlardan biri de demansdır. Demans, ağrının varlığını saklayabilir ya da alevlendirebilir. Demans varlığında ağrının değerlendirilmesi karmaşıktır. Demansla ilgili nöropatoloji ağrı eşiğini ve deneyimini etkiler. Alzhemeir hastalarında ise değişmeyen bir ağrı eşiği ve artan bir ağrı toleransı vardır^{39,62,75}.

2. 1. 3. Yaşlılıkta Ağrı Mekanizması

Ağrının algılanması periferden merkeze, belirli aşamalarla gerçekleşir. Klinikte ise ağrılı uyarın, uzamış travma ve doku harabiyetine bağlıdır. Doku harabiyeti enflamasyona ve dolayısıyla ağrı reseptörlerinin daha fazla uyarılmasına yol açar. Ağrılı uyarın dört aşamada üst merkezlere doğru bir yol izlemektedir. Bu aşamalar ağrının hissedilmesi (transdüksiyon), ağrının iletilmesi (transmisyon), ağrının algılanması (persepsiyon) ve düzenlenmesi (modülasyon)'dır^{37,40,58,84,86,88}.

Yaşlanma süreci ile ağrının algılanması da değişmektedir. Nöroanatomik ve nörokimyasal bulgular merkezi sinir sisteminde ağrı algısının ve modülasyonunun son derece karmaşık bir mekanizma ile gerçekleştiğini göstermektedir^{2,40,41,71}. Beyinde özellikle beyaz maddede atrofi olmakta, beyin hacmi azalmakta, dentrit yapısı değişmekte, nörotransmitter ve ağrı reseptör fonksiyon ve yoğunluğu azalmaktadır^{2,19,40,41}. Bununla birlikte son çalışmalar, nöron büyüklüğü ve volüm kaybının öneminin varsayılandan daha az olduğunu ortaya koymuştur^{17,41}. Bu konudaki mekanizma tam olarak açıklanamamakla birlikte nedeninin sensörial diskriminatif yollar olabileceği ifade edilmiştir. Yaşlılarda miyelinli ve miyelinsiz sinir yoğunluğunda azalmayı, sağlıklı yaşlılarda periferik duysal sinirlerin süresinin uzamasını, yaşlı hastalarda primer afferent nöroseptif fonksiyonda azalmayı gösteren araştırmalar mevcuttur. Elektroensefalografi ile yapılan bazı araştırmalarda yaşlanmaya bağlı olarak ağrılı uyarana yanıtta kortikal aktivasyonun azaldığı ve nörotransmisyonun bilişsel oluşumunun yavaşladığı öne sürülmüştür. Pek çok klinisyen yaşlanma ile ağrıyı algılama yanında tanımlama yeteneğinde de azalma olduğunu gözlemlemekte ve spesifik olmayan ağrı yakınmalarının yaşlanma ile arttığını ifade etmektedir.

Yaşlılarda ağrı algılamasında azalmaya neden olan diyabet ve hipertansiyon gibi tıbbi durumların daha yüksek prevalanslarda olması, yaşlılıkta viseral ağrı duyarlılığında azalmaya yol açar^{40,43,44,71}.

Yaşlı insanlar üzerinde ağrı eşiği ile ilgili olarak yapılan araştırmaların bazıları algının değişmediğini, bazıları ise azaldığını veya arttığını göstermektedir ki bu durumun yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fiziksel ve psikiyatrik değişiklikler ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir^{40,71}. Literatürde kadın ve erkeklerin ağrı eşikleri hakkında çalışmalarda ağrı eşiğinde genel bir artıştan söz edilmektedir^{40,41}.

Yaşlılar üzerinde ağrı duyarlılığı ve ağrıya tolerans ile ilgili olarak gerçekleştirilen deneysel araştırmaların sonuçları karışıktır; çünkü hasta seçim kriterleri arasında farklı yaş grupları mevcuttur ve yaşam deneyimleri çeşitlilik göstermektedir^{19,71}. Araştırmalar yaşlılarda deriyle ilgili ağrı duyarlılığının azaldığını göstermişse de bu bulgunun nöronal ileti değişikliklerinden ziyade cilt kalınlık değişimlerinden kaynaklanabileceği ifade edilmiştir^{18,19,71}.

2. 1. 4. Yaşlılıkta Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Ağrı yaş, cinsiyet, kültür, geçmiş deneyimler (geçirdiği ya da var olan hastalıklar), dikkat-anksiyete, ağrının anlamı ve aile ve sosyal destek değişkenlerinden etkilenir^{17,40,83,87,91}. Bunun yanında ağrı algılamasını gelir düzeyi, meslek, eğitim düzeyi, doğduğu yer ile olan bağ, kişinin izolasyon derecesi, yaşanılan yerdeki komşuların etnik kökeni, fiziksel yetersizlik hali, depresif semptomlar, bulunulan çevre, dini inanç,

kültürel özelliklerin yanı sıra psikolojik faktörlerin de etkilediği saptanmıştır^{17,61,73,87}.

2. 1. 4. 1. Yaş

Yaş, ağrı deneyimi ve ağrının ifade edilmesini güçlü bir şekilde etkileyebilir. Yaşlılarda bilişsel ve fonksiyonel kapasitenin azalmasıyla ilacı anlama ve uyum sorunları oluşur^{59,90}. Yaşlılar daha genç yaştaki bireylere göre daha fazla ağrı deneyimlemektedir. Ancak yaşlı bireyler daha az ağrı bildiriminde bulunmaktadır^{40,44,92,93}.

2. 1. 4. 2. Cinsiyet

Ağrıda cinsiyet farkı genetik, psikolojik, anatomik, nöral, hormonal, yaşam tarzı ile ilgili olup, kültürel özelliklerden doğmaktadır. Epidemiyolojik, psikofiziksel ve prevalans ile ilgili çalışmalar ağrının kadınlarda daha fazla olduğunu göstermektedir^{59,94,95,96}. Kadınların ağrıya daha çok maruz kalmakla birlikte, ağrı tedavisine ve ağrı ile baş etmeye daha yatkın oldukları görülmektedir^{94,95}.

2. 1. 4. 3. Kültür

Kültür, insanların ağrı deneyimine nasıl tepki verileceğini öğrenmelerini etkiler. İnsanlar, farklı şekillerde ağrıya yanıt verir. Bireyin ağrının önemi ve nedenine yönelik düşünceleri, duygu ve davranışlarını

etkiler^{87,91}. Sosyokültürel etmenler yaşlı bireyin ağrı davranışını ve ifadesini değiştirebilir. Bazı bireyler kültürel değerlere bağlı olarak ağrıya katlanırlar^{48,59,96,97}. Ağrıya verilen tepki kültürel alt yapının etkisindedir ve hemşire için ağrıyı objektif olarak değerlendirmek önemlidir. Bunu yapabilmesi için hemşirenin ağrıya kendi verdiği tepkinin de kültürel etkiler altında olduğunun farkında olması gerekir. Ayrıca hemşireler inilti, yüz buruşturma, aktivitelerin sınırlandırılması, ağırlı bölgeye basınç uygulama gibi rahatsızlık belirtilerine karşı duyarlı olmalıdırlar. Çünkü bu davranışlar pek çok kültürde ağrı ifadesi olabilmektedir⁹¹.

2. 1. 4. 4. Yaşanılan Yer İle İlişkisi

Bireylerin yaşadıkları yer, iklim koşulları ağrının etiyolojisinde rol oynayan etmenler arasında yer almaktadır. Ülkemizde Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde ağrı yaşayanların daha fazla olduğu, en az ağrı yaşayanların ise Marmara ve Karadeniz bölgesinde olduğu belirtilmiştir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da ağrı çekenlerin çok fazla olması iklimsel ve çevresel faktörlerle ilintili bulunmuştur. Bölgelere göre ağrı nedenleri Ulusal Ağrı Kongresinde şu şekilde açıklanmıştır. Karadeniz bölgesi rutubetli olduğu için eklem ağrıların daha fazla görüldüğü, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ise soğuk kas ağrılarına neden olduğu belirtilmiştir⁹⁶.

2. 1. 4. 5. Geçmiş Deneyimler

Ağrı kavramı deneyimler, gözlemler ve öğrenme ile oluşur. Ağrı deneyiminin tüm özellikleri kişilerin geçmişlerinden ve

duyarlılıklarından kaynaklanan sembolik öneme sahiptir^{40,87}. Ağrı, bireyin kendisi tarafından tanımlanacağı için, ağrının değerlendirilmesi bireyin geçmişteki ağrı deneyimlerine (örneğin; diş ağrısı, doğum ağrısı, travma ağrısı gibi) bağlıdır^{97,98}.

2. 1. 4. 6. Dikkat, Anksiyete

Yaşlı bireylerde depresyon ve demans gibi hastalıklar nedeniyle algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama olmaktadır. Bunun sonucunda birey ağrı semptomunu tam olarak ifade edememekte, ağrı kontrol yöntemlerini ve etkisini değerlendirememektedir^{4,39,44,80}. Huzurevindeki kişilerde demans, duysal bozukluk ve sakatlıkların yüksek oranda olması ağrının değerlendirilmesi ve yönetiminde zorluklar doğurur⁶⁹. Yaşlıların ağrıyı ifade etme sorunlarının nedenleri aşağıda verilmiştir.

- Ağrı yerine başka tanımlamaların kullanılması^{18,39,44,48,76}.
- Bilişsel problemleri (demans, konfüzyon gibi) olanların ağrıyı sözel ifade edememesi. Birey ağrısını söylese bile bunu tanımlamaması^{18,44,48,76}.
- Dini-manevi inanışlar nedeniyle ağrı yakınmasından şikayet edilmemesi (kadercilik- aşırı dindarlık), sabırlı ve iyi insan olma isteği^{18,44,46,48}.
- Yaşlılıkta görsel veya duysal problemler nedeniyle iletişimde bozulmaya bağlı ağrı bildiriminde zorluk^{2,18,44,46,48,60,70}.
- Ağrı ölçeklerinin kullanılmasında bilişsel, görsel veya duysal problemlere bağlı zorluk^{44,48,76}.
- Birçok tıbbi sorunun olması ve/ve ya nöropatiler^{36,44,48}.

2. 1. 4. 7. Ağrının Anlamı

Ağrının anlamı; ağrıyı algılama, tanılama ve ağrıya karşı verilen reaksiyonlar kişiden kişiye değişiklik gösterir. Bireyin inançları, beklentileri, ağrı ile baş etme yetileri, sosyal destekleri, hastalıkları, hatta sağlık güvencesi bireyin ağrı kontrolü üzerinde etkilidir. Bütün bunlar bireyin, ağrının anlamını oluşturmada etkili olur^{61,85,95}. Yaşlılıktaki ağrının anlamı, yaşlı bireyler ve sağlık profesyonellerine göre şöyledir:

1. Yaşlı bireyler ağrıyı yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmektedir^{2,44,46,50,52,70,99}.
2. Yaşlı bireyler ağrının anlamından korkabilirler. Yaşlılar ağrının kanserin belirtisi olduğu endişesiyle veya cerrahi girişim gerektireceği korkusuyla, ağrılarını bildirmeyebilirler^{2,39,49,76}.
3. Yaşlı bireyler ağrıdan kurtulamayacaklarını düşünebilirler. Ağrıya katlanırlar^{48,49,70}.
4. Huzurevindeki bireyler genel bakımlarında olumsuz etki yapabileceğini düşündüklerinden, “iyi hasta” görünümü vermek için sorunlarını bildirmek istemezler. Bu durum ağrı bildirimleri içinde söz konusudur^{18,49,63}.
5. Yaşlı bireyler ağrıyı gereğinden fazla ifade edebilir. Yaşlı bireyler ağrının varlığını kullanıyorlarsa, bunu diğer fiziksel ya da bilişsel yeteneklerinin kaybını maskeleyen ya da dostluk davranışlarının bir biçimi olarak kullanabilirler⁵².
6. Yaşlı bireyler ağrı şikayetlerinin yol açacağı ekstra testlerden ve opioid analjeziklere bağımlı olmaktan korkabilirler^{39,44,46,48}.
7. Sağlık bakım profesyonelleri tarafından yaşlı hastalarda narkotik analjeziklerin bağımlılığa yol açacağından korkularak kullanımı sınırlandırılmaktadır^{18,44,46,70,73}.

8. Yaşlı bireylerin ve sağlık bakım profesyonellerinin narkotik analjeziklerin yan etkilere-ilaç toksisitesi'ne (solunum depresyonu) yol açabileceğine ilişkin endişeleri vardır^{18,46,48,70,73,77}.
9. Birçok sağlık bakım profesyonelleri yaşlılarda ağrıyı önemsememekte, sorgulamamakta ve yaşlanmanın doğal bir parçası olarak kabul etmektedirler^{44,64}.
10. Sağlık bakım profesyonelleri ağrı konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip değildir. Ağrı kontrolüne yaklaşımda bilgi ve deneyimin yanı sıra sağlık profesyonellerinin kültürel alt yapıları ve kendi ağrı deneyimleri de etkili olabilmektedir. Sonuç olarak ağrı nedeni ve giderilmesine ilişkin yanılgılara düşülmektedir^{39,59,73,77,78}.
11. Hemşireler ağrı tanınması ve yönetimi konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip değildirler. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ağrı tanılamalarını kayıt etmelerinin sınırlı olduğu ve kayıt edilen verilerin birbirleri ile tutarlı olmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin bilgilerinde yetersizlikler olmasının negatif davranışlar sergilemesine neden olabileceği belirtilmektedir^{46,77,78}.

2. 1. 4. 8. Aile ve Sosyal Destek

Sosyal destek, güç bir durum içindeki bireye aile, arkadaş, komşular ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanır. Yaşlı birey için aile, duygusal ve sosyal destek sistemidir^{15,16,82,95}.

Aile ve sosyal desteğin varlığı bireyin ortaya çıkan sorunlarıyla baş etmesinde etkili faktörlerdir. Üretkenlik işlevinden uzaklaşan, zihinsel işlevleri gerileyen, çevreye ilgisi azalan, yeni durumlara yanıt vermede geciken, günlük yaşamını sürdürebilmek için başkalarının

yardıma gereksinimi olan yaşlı bireyin yalnız kalması ve çevreden soyutlanması, depresyon ve bunaltı yaşamasına neden olmaktadır. Bu durum bireyin yaşlılıkta kronik hastalıklara bağlı olan ya da olmayan ağrı ile baş etmesini güçleştirmektedir^{5,8,12,32,44,80}.

2. 1. 4. 9. Bakım Politikaları ve Düzenlemeler

Yaşa bağlı olarak gelişen birçok sağlık sorununun rehabilitasyon gerektirmesi, kronik hastalıkların tanı ve tedavisinde gelişmelerin kaydedilmesi ve bireylerin yaşlılık dönemlerinin uzaması yaşlı bireylere sunulacak sağlık hizmetlerinin planlanmasında doğru ve güncel verilere olan gereksinimi artırmaktadır^{5,10,80}.

- Hemşirelik uygulamalarına yönelik tanı ve tedavi uygulamalarının sınırlı olması
- Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasına yönelik hemşirelik uygulama politikalarının yetersiz olması
- Ağrıyı değerlendirme ve kayıt altına almaya yönelik bir (hemşire) yönetim planının olmaması
- Düzenlemenin opioid kullanımını kısıtlaması
- Mali destek sorunları
- Sağlık bakım profesyonellerinin ağrı yönetim eğitiminin az olması
- Standart ağrı ölçeklerinin yaşlılarda kullanımında zorluk
- Sağlıksız ağrı yönetiminin sonuçları, bireysel problemler ya da donanım nedeniyle yaşlı bireylerin yeterince anlamamaları ve ağrının değerlendirilmesinde sık sık rastgele metodların kullanılmasıyla, ağrı oranlarında yaşlı bireylerin ifadelerinden ziyade hemşirelerin ifade ettiği ağrı oranlarına inanılması yaşlılarda ağrı prevalansının düşük saptanmasına neden olmaktadır^{44,46,48,64,75,100}.

2. 1. 5. Yaşlı Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi

Yaşlı popülasyonda karşılaşılan en önemli problemlerden birisi, ağrının değerlendirilmesi ve tedavisidir^{2,41}. Ağrının yaşlı insanlarda tanınması ve teşhis edilmesi zordur. Yaşlılardaki ağrı değerlendirmesi sağlık durumundaki bozukluklar, ciddi bilişsel hastalıklar, iletişim zorluğu, hafıza zayıflığı, psikososyal kaygılar, depresyon, yadsıma ve üzüntü gibi sebeplerle daha zor olmaktadır^{19,39,41,46,60}.

Yaşlı bireylerin ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir gösterge bireyin kendi ağrı ifadesidir. Ancak ağrılarını anlatmada, tanımlamada güçlük çeken ya da tanımlayamayan bireylerin de olacağı unutulmamalıdır. Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken ya da değişik düşünce ve inançları nedeniyle ağrısını ifade etmek istemeyen hastaların “ağrıları yoktur” şeklinde değerlendirilmeleri ağrının olası olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasına neden olacaktır. Bu nedenle gerçekten ağrısını bildiremeyecek olan bireyler ile bildirmek istemeyenler iyi ayırt edilmeli; olası ağrı nedenleri ve bireyin durumu göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır^{37,73,85}.

Ağrı değerlendirmesinin öykü ve fiziksel muayene yoluyla yapılması yaşlı birey için çok önemlidir. Çünkü etkin ağrı yönetimi hastalık ve rahatsızlığa yol açan altta yatan nedenin belirlenmesi ve uygun tedavisine bağlıdır^{48,101,102}. Ağrının fiziksel, duygusal ve algısal boyutlarının olması ve hastayı tüm yönleri ile etkilemesi onu tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirilmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirir^{60,61,73}.

1. Öykü

Hemşire ağrı değerlendirmesi sırasında etkin iletişim yöntemlerini kullanmalıdır. Yaşlı bireyle konuşurken yaşlı bireyin yüzüne bakmalı, göz göze temas kurmalı, yavaş ve normal bir ses tonuyla konuşmalı, çevredeki gürültüleri mümkün olabildiğince azaltmalıdır. Hemşire öykü alırken dikkatli olarak soru sormalı ve yaşlı bireyin ağrı ifadesini tam olarak değerlendirmelidir^{48,60}. Ağrı çok boyutlu olarak değerlendirilmelidir. Ağrının özelliği, yoğunluğu, şiddeti, yeri, süresi, ne zaman başladığı, bireyin ağrıyı nasıl tanımladığı, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörleri, ağrının günlük yaşam aktivitelerini yapma becerilerini etkileyip etkilemediği ve var olan kronik hastalıklar değerlendirilmelidir^{18,39,44,47,48,61,71}. Yaşlı bireylerin ağrılarını tam ve doğru olarak değerlendirebilmek için vücut şeması kullanılabilir. Birey vücut şemasında ağrısının yerini belirlerken onu en fazla rahatsız eden ağrısı da belirlenmelidir¹⁸.

Yaşlı bireyin geçmiş ağrı deneyimi, bilgisi, önceden kullandığı ilaçlar, ilaçların etkileşimleri ve ağrı tedavisinde kullandığı farmakolojik olmayan yöntemler değerlendirilmelidir^{47,48,61,71}. Yaşlı bireylerin geleneksel olarak kullanılan ağrı giderme yöntemlerini uygulayıp uygulamadığı öğrenilmelidir. Çünkü yaşlı bireyler genellikle yeni bir şey öğrenmede isteksiz olurken, önceden uyguladığı ve olumlu sonuç aldığı bir yöntemi kullanmaya daha isteklidirler¹⁸.

Yaşlı birey ve ailesinin davranışları ve inançlarının da değerlendirilmesi önemlidir. Çünkü yaşlı birey ve ailesinin ağrı beklentisi, etkili olan veya olmayan analjezik ilaçlar, bağımlılığa ilişkin korkuları, tolerans veya analjezik yan etkilerine ilişkin beklentiler analjeziklerin istekli

olarak kullanılmasını etkileyebilir^{44,47,48,71}. Son olarak yaşlı bireyin ve ailenin ağrı tedavileri hakkındaki bilgileri değerlendirilmelidir⁴⁸.

2. Fizik Muayene

Ağrı değerlendirmesinde kilit rolü olan hemşire iyi gözlem yapmalı, uygun tanılama yöntemlerini kullanmalı ve sözel bilgilerden ziyade belirteçler ve semptomlar değerlendirmeyi kapsamalıdır^{60,61,75,77}. Ağrı ifade edilen bölgenin yeri ve yayılma alanının yanı sıra, kapsamlı olarak kas iskelet sistemi (miyofasiyal ağrı, fibromiyalji, inflamasyon, deformite, postür, alt ekstremité uzunluk farkları vb.) ve nörolojik sistem (pleji, parazi, hiperalezi, parestezi ve diğer bulgular) muayenesi yapılmalıdır. Aynı zamanda fiziksel fonksiyonlarda (günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi, eklem hareket açıklıklarının ölçülmesi, ayağa kalkıp yürümeyi temel alan testler) değerlendirilmelidir^{44,47,48,71}. Bireyin ağrıya verilen yanıtı gözlemlenir ve ağrının nabız hızı, solunum hızı, kan basıncına olan etkisi değerlendirilir^{48,61,75}.

Yaşlı bireylerde ağrı değerlendirilmesinde, değerlendirme yapılırken bireylerin fonksiyonel düzeyleri mutlaka tayin edilmelidir. Bu amaçla farklı değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Fonksiyonel kısıtlılık, Günlük Yaşam Aktivitesi-GYA (ADL-Activities of Daily Living) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi-EGYA (IADL-Instrumental Activities of Daily Living) ölçekleri ile değerlendirilir. Günlük Yaşam Aktivitesi ölçeğinde bireylerin yemek, banyo ve tuvalet ihtiyaçlarını giderip gideremediği değerlendirilir. Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi ölçeğinde ise alışveriş, kişisel finanslar, yemek yapmak gibi daha kompleks işler ölçülür^{19,103,104}.

3. Tanısal Testler

Görüntüleme veya laboratuara dayalı testler tedaviyi yönlendirecek ise yaptırılmalıdır⁷¹.

4. Psikolojik fonksiyonların değerlendirilmesi

Depresyon, anksiyete gibi ruhsal değişiklikler, ağrı ile başa çıkabilme yetisi, kendine güven, ağrı ile ilgili korkuların varlığı, çaresizlik gibi durumlar değerlendirilmelidir. Varsa ağrı nedeniyle oluşan fonksiyonel kısıtlamalar ve ağrının psikolojik etkileri de yaşlıda ağrı değerlendirilmesinde mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve not edilmelidir. Ağrının tanımlanmasına yönelik geçerli ve güvenilir olan ağrı ölçekleri ve yazılı materyaller kullanılmalıdır. Yazılı kayıtlar, ağrının “görünür” olmasını sağlar ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilip, geliştirilmesine, belirli protokollerin oluşturulmasına yardım eder^{48,61,64,71,75}. Ağrı günlükleri de yaşlı bireylerde yararlı olabilir. Ağrıya odaklanarak ağrı algısının artırılmasının önüne geçilmesi için, ağrılı dönemler bir kez belirlendikten sonra, yaşlının düzenli olarak belirli aralıklarla ağrısı olup olmadığını değil, ağrı hissettiği dönemlerde not etmesi istenebilir. Bunun yanı sıra ağrıya eşlik eden anksiyete, yaşlının ağrıdan sekonder kazanımları olup olmadığı, yaşlının ağrıya odaklanıp odaklanmadığı da değerlendirmede göz önüne alınmalıdır^{39,44,71,73}.

5. Bilişsel fonksiyonun değerlendirilmesi

Yaşlılar dikkat, konsantrasyon eksiklikleri ve bilişsel sorunları nedeniyle sorulara istendik şekilde cevap veremeyebilir. Bu durum ağrı değerlendirmesini olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle genç erişkin

hastalara oranla yaşlılara daha fazla zaman ayrılarak ve tekrarlar yer vererek değerlendirme yapılmalıdır^{64,71}. Ağrı değerlendirmesi öncesi yaşlılarda bilişsel fonksiyonların da değerlendirilmesi, objektif değerlendirmeye katkı sağlar^{41,44,46,60,64,75}.

Bilişsel yeteneklerdeki bozulma, yaşlılarda ağrının varlığını saklayabilir. Huzurevlerinde yapılan çalışmalarda, yaşlı bireylerdeki, bilişsel bozuklukların ağrının değerlendirilmesi ve yönetiminde önemli bir engel olduğu görülmüştür^{46,48,54,64,75}.

Bilişsel bozulma bir veya daha fazlasını takip eden bir dejenerasyonla' da karakterizedir. Bu bozulma hafıza, dikkat, görsel beceriler, dil ya da davranış kavramlarıyla ilgilidir^{55,75}. İletişim kurulamayan ve bilişsel rahatsızlığı olan bireylerde ağrı varlığını gösteren non-verbal (sözsüz) davranışlar, ses, yüz ifadeleri ve alışılmış aktivite ve davranışlarda değişiklik gibi durumların gözlenmesi gereklidir^{48,59,75}.

6. Sosyal destek sistemlerinin incelenmesi

Ağrı sosyal sistemler içinde deneyimlenen psikofizyolojik bir fenomendir. Bakımı yapan kişi, kurum, aile ilişkileri, çalışma öyküsü, kültürel çevre, ruh hali ve bakım durumu değerlendirilmelidir^{59,71}. Ağrının doğru ölçülmesi için hemşire tarafından etkili bir yönetim planı geliştirilmelidir. Ağrı düzenli olarak sorgulanmalı, farmakolojik veya farmakolojik olmayan müdahalelerden sonra veya bireyde bir değişiklik olduğu zaman yeniden değerlendirilmelidir^{39,60,63,75}.

2. 1. 6. Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

Ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı; bireyin sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, birey ve bireyin bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırır^{37,61,85}. Ağrı ölçümünde kullanılacak yöntemin belirlenmesinde dikkate alınması gereken özellikler; yöntemin geçerli ve güvenilir olması, basit ve kolay anlaşılabilir olması, hasta ve hemşireye ek yük getirmemesi, tedavi etkinliğini gösterebilmesidir^{37,39}. Ağrı değerlendirilmesinde tek boyutlu, çok boyutlu ve objektif kriterli ağrı değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır^{37,74,105}.

Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Bu ölçekler günümüzde özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemeye kullanılmaktadır^{18,84,85,105}. Yaşlı bireylerin ağrı değerlendirilmesinde, sözel tanımlayıcı ölçekler, sayısal ölçekler, görsel kıyaslama ölçeği, ağrı termometreleri ve yüz ağrı ölçekleri kullanılabilir^{19,46,48,60,71,105,106}.

a) Sözel Tanımlayıcı Skala (Verbal Descriptor Scale- VDS):

Ağrı değerlendirmesinde bireyin ağrısını tanımlayan “ağrı yok, hafif, rahatsız edici, kötü, korkunç, dayanılmaz ifadelerinden ağrısına uyanı seçmesi istenir^{48,55,61,63,85,105}.

b) Sayısal Değerlendirme Skalaları (Numerical Rating Scale-NRS): Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10- 100) düzeyine kadar ulaşır^{19,48,61,63,85,105}.

c) Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Scale-VAS): Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm' lik bir cetvel üzerinde birey kendi ağrısını işaretler. GKÖ' nün ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir^{19,48,61,85,105}.

d) Yüz Ağrı Skalası (YAS) (Face Pain Scale- FPS): Ağrının yoğunluğunu anlatmak için gitgide artan üzüntülü yüz ifadelerinden oluşan bir ölçektir. Bireyin yüz ifadesine yakın görüntü belirlenir. Erişkin ve çocuk için düzenlenmiş çeşitleri vardır^{46,61,63,105}.

e) Burford ağrı termometresi: Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu bağlamda; 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. Hemşirenin ve bireyin ağrı şiddeti ve uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin yorumlarına yer vermektedir^{85,105}.

f) Dermatomal ağrı çizimi: Vücudun ön, arka ve oblik olarak çizilip dermatomlara ayrılmış olarak bulunduğu kart birey tarafından ağrının farklı şiddetleri için farklı tonda renk ile boyanır. Farklı değerlendirmeler için (örneğin hissizlikte mavi gibi) değişik renklerden yararlanılır^{37,74,105}.

Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler

Çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşın, tek boyutlu ölçeklere göre ağrı değerlendirmesinin daha uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması, bu ölçeklerin özellikle akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlamaktadır. Ancak kronik ağrılarda ağrının tüm yönlerini değerlendirmek amacıyla belirli zamanlarda uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir^{18,19,85}.

a) McGill Ağrı Ölçeği (MAÖ): MAÖ Melzack tarafından 1975 yılında, ağrının farklı bileşenlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir^{97,107,108}. Ağrının şiddetini, lokalizasyonunu ve etkisini saptamanın yanı sıra ağrının bireydeki duysal etkilerini de değerlendirmektedir. Yaşlı bireylerde de kullanımı önerilmektedir¹⁰⁶.

b) Darmount Ağrı Anketi (Darmouth Pain Questionnaire-DPQ): McGill ağrı anketine kalite değerlendirmesi eklenmiştir^{37,105}.

c) Hatırlatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı (Memorial Pain Assessment Card- MPAC): Görsel kıyaslama ölçeğinin daha detaylandırılmışı, ağrı giderilmesi, ruh hali, ağrı şiddetinin değerlendirilmesine yardımcı olur^{37,105}.

d) Ağrı Algılama Profili (Pain Perception Profile- PPP): Bu metod McGill ağrı anketine göre daha az psikosomatik ölçüm sorularının yer aldığı, kısa bir yöntemdir¹⁰⁵.

e) Karşıt Yöntem Karşılaştırması (Cross Modality Matching- CMM): Hem deneysel hem de klinik ağrının değerlendirilmesi için karşılaştırmalı ölçeklerden yararlanılan, doğru orantılı ölçek yöntemidir¹⁰⁵.

f) West Haven- Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi (Multidimensional Pain Inventory- WHYMPI): Mc Gill ağrı anketine göre daha kısa ve psikometrik yaklaşımla hazırlanmış bir sorgulamadır¹⁰⁵.

g) Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi: Özellikle kanser ve artrit hastalarında uygulanmak üzere geliştirilmiş olan ölçek, ağrıya ilişkin birçok soruyu içermektedir¹⁰⁵.

Yaşlı bireylerde tek boyutlu ve çok boyutlu ölçeklerle ağrı değerlendirilmesinin yanı sıra objektif kriterli ağrı değerlendirme yöntemleri olan; davranışsal ölçümler, fizyolojik ölçümler, nörofarmakolojik yöntemler ve biyokimyasal ölçümlerden de yararlanılabilir^{37,74,105}. Çok sayıda ağrı ölçeği olmakla birlikte bunların yaşlılarda kullanımı konusundaki veriler kısıtlıdır. Hem tek boyutlu hem de çok boyutlu ağrı ölçekleri yaşlı popülasyonda yararlı olabilir^{19,44,71}. Burada önemli olan nokta, yaşlı bireyde ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanılacak ise, ölçeğin birey için uygun olması ve takip eden süreçte aynı değerlendirme aracının kullanılmasıdır^{44,106}.

2. 1. 7. Yaşlı Bireylerde Ağrı Kontrolü

2. 1. 7. 1. Farmakolojik Yöntemler

Yaşlı bireylerde kullanılan ağrı yönetim stratejilerinden biri farmakolojik yöntemlerdir. Yaşlı bireylerde ağrının özelliğine göre non-opioid analjezikler, opioid analjezikler ve adjuvan analjezikler kullanılmaktadır^{39,47,71,106,109,110}.

a) Non-opioid analjezikler

Non-opioid analjezikler; asetaminofen, aspirin, nonsteroid antienflamatuar ilaçlar(NSAİİ), metamizol ve tramadol'dür^{44,48,106}. Ağrı tedavisinde ilk yaklaşım olarak kullanılmaktadır. Bu grup ilaçların büyük bir bölümü analjezik, antipiretik, antienflamatuar etkilerin üçüne de sahiptir. Bazılarında ise sadece analjezik ve antipiretik etkiler vardır^{2,19,48,71,106}. Asetaminofen, yaşlı bireyler tarafından iyi tolere edilir, yan etkisi azdır ve hafif ve orta düzeyde ağrıyı azaltmak için kullanılmaktadır. Aspirin kadar analjezik ve antipiretik etki göstermekle birlikte antienflamatuar etkisi daha azdır. Kas iskelet sistemi ağrılarında ve osteoartrit ağrılarında etkilidir. NSAİİ'lerden daha güvenlidir ve kronik ağrılı durumlarda rahatlıkla diğer ilaçlarla kombine edilebilir^{39,44,70,71,99}. NSAİİ'ler, periferde siklooksijenaz enzimi üzerinden prostaglandin sentezini inhibe ederek etki gösterirler. Enflamasyonu azaltmaları, doğrudan ağrı persepsiyonunu azaltmaları ve santral yoldan ağrı üzerine olan etkileri nedeniyle ağrıyı azaltırlar. İnflamatuar durumlarda kısa dönem kullanım için uygun olmakla birlikte baş ağrısı, kramp gibi akut hafif-orta şiddette ağılarda kullanılabilirler. Bu grup ilaçları kullanan yaşlı bireylerin sürekli olarak izlenmesi gereklidir.

Yaşlılarda, böbrek ve gastrointestinal sisteme yan etkileri, hipertansiyon, ödem ve kanama riski nedeniyle NSAİİ'lerin devamlı veya yüksek dozlarda kullanımından kaçınılmalıdır^{19,44,47,48,71,106,111}. Metamizol, analjezik gücü diğer opioid dışı analjeziklere göre daha yüksektir ve spazmolitik etkinliği olan tek opioid dışı antipiretik analjeziktir. Bu ilaç yaşlı bireylerde de yaygın olarak kullanılmaktadır^{44,71,106}.

b) Opioid analjezikler

Opioidler, santral sinir sistemindeki ve periferdeki özel reseptörlere bağlanarak etki gösterirler. Opioidler spinal kord düzeyinde periferden gelen noniseptif uyarıların santral sinir sistemine iletimini inhibe ederler. Aynı zamanda bazal ganglion ve limbik sistem düzeyinde ağrıyı inhibe ederler. Her türlü ağrının rahatlatılmasında etkilidir. İleri hastalık durumlarındaki ağrının kontrolünde, özellikle orta-şiddetli ağrılarda çok yararlı ilaçlardır^{19,44,106,111}.

Yaşlılar, opioid farmakokinetiğinde değişim ve yarı ömürlerinde uzama nedeniyle, gençlerde kullanıldıkları dozlardan daha düşük dozlarda rahatlama sağlar. Ancak buna paralel olarak yan etkileri de yaşlıda daha kolay, daha sık ve daha düşük dozlarda görülür. Yaşlılarda yan etki olarak bilişsel bozulma, konstipasyon, bulantı, nadiren solunum depresyonu ve iyatrojenik ölüme sebep olabilir^{19,44,47,48,106,111}.

Opioidler, güçlü bir analjezik etki ile birlikte, santral sinir sistemi üzerinde depresyon ile birlikte az veya çok tolerans ve bağımlılık yapma özelliklerine sahiptirler^{19,44,71,106,111,112}. Daha önceden opioid almamış bir yaşlıda opioid tedavisine düşük dozda başlanmalıdır.

Opioidler yaşlılarda dikkatli doz takibi ile her türlü kronik ağrıda kullanılabilir. Opioidlerin ani kesilmemesi, dozlarının yavaşça düşürülmesi yan etkileri azaltabilir. Bağımlılık korkusu yaşlıda ağrı tedavisinde opioidlerin kullanımlarını kısıtlayan önemli engellerdendir. Ancak gerçek bağımlılık opioidlerin ağrı kesici amacıyla kullanıldığı durumlarda çok nadirdir. Yalancı bağımlılıkta ise hastalar, yeterli analjezi sağlanmadığı için doz artırımını talep ederler^{44,106,112}.

Kodein, oksikodon ve bazı kaynaklara göre tramadol zayıf opioid iken, morfin, fentanil, metadon, meperidin ve hidromorfon güçlü opioid ilaçlardır^{19,44,106,111}. Morfinin kısa etkili ve hızlı salınımlı formülleri ve fentanil ani ağrı atakları için kullanılabilir^{18,44,47,106}. Levarfanol ve metadon etki süreleri uzun olan, ancak yaşlılarda ilaç birikimi ve sedasyon riskleri nedeniyle uygun olmayan ilaçlardır. Meperidin de yaşlıda kronik ağrı kontrolünde önerilmez. Kısa süreli kullanım için uygundur. Agonist antagonist karışık etkileri olan opioidler buprenorfin dışında genellikle yaşlıda ağrı kontrolünde önerilmez^{18,44,106}. Hidromorfon ve oksikodon, sentetik opioid oldukları için morfine alerjisi olan kişilerde, morfin metabolitleri ile ilgili yan etkiler gözlemlendiğinde veya renal bozukluk nedeniyle morfin metabolitlerinde birikme riski olan bireylerde kullanılabilir^{18,44,106,111}. Buprenorfin, yaşlılarda en çok tercih edilmesi gereken opioid olarak belirtilmektedir. Buprenorfin nöropatik ağrı tedavisinde ve immünsüpresan etki bakımından diğer opioidlere göre daha üstündür. Ancak solunum depresyonunun da özellikle bu opioid kullanımında daha sık olduğu bilinmeli, bu açıdan riskli yaşlılarda kullanılmamalıdır⁴⁴.

c) Adjuvan analjezikler

Adjuvan ilaçlar analjezik özelliği olmayan belli kronik ağrı tiplerini tedavi etmeyi sağlayan ilaçlar olarak tanımlanmaktadır. Bu ajanlar analjezik etkiyi artırır veya ağrıya eşlik eden diğer sorunları düzelterek ağrının kontrolünde dolaylı olarak rol oynarlar. Adjuvan ilaçlar; antikonvulzanlar, antidepresanlar ve bazı sedatif ilaçlardır^{19,44,47,71,106,111}. Antidepresanlar, ağrı için kullanılan en yaygın adjuvan ilaçlardır. Analjezik etkilerinin beyinde nörepinefrin ve serotonin inhibisyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Antikonvulzanlar, nöropatik ağrıda etkilidirler. Ancak sedasyon, konfüzyon, tremor gibi yan etkileri yaşlılarda kullanımlarını sınırlar. Son yıllarda çıkan gabapentin, yan etkiler açısından daha güvenilirdir^{39,44,48,106}. Kortikosteroidler, prostaglandin sentezini inhibe ederler ve ödemi azaltırlar. Nöropatik ağrıda ve kemik metastazı ağrısında etkilidirler^{44,106}. Tedavide kullanılan diğer adjuvan ilaçlar antihistaminikler, kafein gibi stimulanlar, pek çok vitamin ve supplement ilaçlardır^{19,44,47,48,71,106,111}. D vitamini, yaşlılarda bazı ağrılı durumlarda faydalı olabilir. Çünkü D vitamini eksikliği yaşlılarda sık görülmekte olup, derin kas iskelet sistemi ağrılarından ve yüzeysel hafif basınçlarla olan ağrılardan sorumlu olabilir^{44,106}.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kanser ağrısı tedavisi için önerdiği model kanser dışı kronik ağrıda da genel olarak kabul görmektedir. DSÖ, kronik ağrı tedavisinin, ağrının şiddetine göre seçilmesini ve adım adım artırılmasını önerir. Eğer ağrı şiddetli ise opioid olmayan ajanlar denenmeden, doğrudan opioid ile tedaviye başlanmalıdır. Bunun haricinde tedaviye önce opioid dışı analjeziklerle başlanması, ihtiyaç halinde sonra opioid analjezik eklenmesi, her safhada endikasyon varlığında adjuvan ilaç eklenmesi önerilmektedir^{19,44,47,55,106,111}.

2. 1. 7. 2. Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Yaşlı bireylerde ağrıyı kontrol ve tedavi etmekte farmakolojik yöntemlerle birlikte farmakolojik olmayan yöntemlerde kullanılmalıdır^{39,48,71}. Farmakolojik olmayan yöntemlerden bazıları aşağıda sıralanmıştır.

a) Fiziksel yöntemler:

Fiziksel yöntemler sıcak ve soğuk gibi deri uyarımı, masaj, akupunktur ve sinir stimülasyonu gibi yöntemlerdir^{44,47,48,71,101,113}.

Sıcak ve soğuk uygulama: Sıcak uygulama endorfin salınımını uyarak ağrı ve rahatsızlığı azaltmada yararlıdır. Yaşlı bireylerde termal duyarlılık azaldığı için dikkatli kullanılmalıdır. Bilişsel bozulması olan bireylerde ısıyı veya ağrıyı algılama bozukluğu göz önünde bulundurulmalıdır. Soğuk uygulama zedelenmiş dokudan nosiseptif yolları uyaran madde salınımını engelleyerek enflamasyon ve ödemi azaltır. Özellikle yaşlı bireylerde düşme gibi akut yaralanmadan sonraki ağrıda, sıcak uygulamayla iyileşmeyen kas spazmını azaltarak ağrının hafiflemesine yardımcı olur^{44,48}.

Masaj: Dokunmanın pek çok şekli yaşlı bireylerin ağrı kontrolünde yararlıdır. Özellikle yaşlı bireylerde kas iskelet sistem ağrısının ve gerginliğinin azaltılması amacı ile kullanılmaktadır^{39,48,101,113}.

Egzersiz: Egzersizin yaşı bireylerde ağrıyı önemli derecede azalttığı gösterilmiştir. Kısa mesafeli yürüyüşler gibi düşük düzeyli aktivite programları bireylerin kendine güveni ve iyilik halini artırırken fiziksel olarak ağrıyı azaltmaktadır. Dikkatle ve gözlem eşliğinde uygulanan fleksiyon ve ekstansiyon egzersizleri de özellikle bel ağrıları için yararlı olduğu belirtilmektedir^{18,39,47,48,101,113}.

Akupunktur ve Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS): Akupunktur ve TENS yaşı bireylerde kronik ağrı yönetiminde kullanılmaktadır^{39,101,113}.

Perkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (PENS): PENS tedavisinin osteoartritte yararlı olduğu söylenmesine karşın yaşı bireylerde bu konuya ilişkin çalışmalara ulaşılamamıştır⁴⁸.

b) Bilişsel ve Davranışsal Tedaviler:

Yaşı bireylerde algılama ve ayırt etme yetisindeki azalmaya karşın kazanılmış alışkanlıklar ve edinilmiş bilgi daha stabil kalmaktadır. Yaşı bireylerde bilişsel ve davranışsal tedavi yöntemleri negatif düşünce ve davranışların değiştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bunlar kendine kendine telkinde bulunma, meditasyon, hayal kurma, progresif gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik tedavisi, eğitim ve hipnozdur^{39,44,48,71,113}.

Kendi kendine telkinde bulunma: Kısa süreli akut ağrılarda bireyin kendi kendine konuşmasıdır. “Yarın iyi olacak” şeklinde bazı cümlelerle birey kendi kendine telkinde bulunabilir⁴⁸.

Meditasyon: Sessiz bir ortamda sakin zihinsel iyiliği sağlamak için bir kelime veya nesneye odaklanmadır. Birey yavaşça nefes alır ve huzur veren kelimeye odaklanarak nefesini yavaşça verir⁴⁸.

Hayal kurma: Bireyin zihninde canlı bir resim canlandırarak sağlanan mutluluk ve huzur olarak ifade edilmektedir⁴⁸.

Progresif gevşeme: Sırasıyla değişik kas gruplarına kasılma ve gevşeme yaptırmaktır ve genellikle bu uygulama yatağa uzanarak, sakin ve karanlık bir ortamda yapılmalıdır. İşlem sırasında hafif müzik veya gevşeme kasetleri kullanılabilir⁴⁸.

Dikkati başka yöne çekme: Blomqvist ve arkadaşları^{101,113} tarafından yapılan iki ayrı çalışmada yaşlı bireylerin ağrılarını gidermek için bilişsel ve davranış tedavilerinden en çok dikkati başka yöne çekmeyi kullandıkları, sohbet etme, ağrı yaşayan başka bir bireyle bu konuyu paylaşma yollarına başvurdıkları belirtilmiştir.

Müzik tedavisi: Yaşlı bireylerin klinik alanlarda yaygın olarak kullandığı bir tedavidir^{48,113}.

Eğitim: Eğitim programları ile yaşlı bireyler, ağrı çeşitleri, ağrı değerlendirmesi, ölçümü, ilaç dışı yöntemlerin evde uygulanması ve uygun analjezik ilaçlar konularında eğitilebilir. Sekonder kazanım ve ağrıya odaklanmanın ağrı algısında artışa sebep olduğu düşünülen yaşlı bireylerde de eğitim programları faydalı olabilir^{39,44,48}.

Hipnoz: Yoğun şekilde konsantre olma, hayal kurma ve solunum egzersizleri gibi diğer bilişsel yöntemleri içermektedir. Kendi kendine hipnoz/hayal kurma rahat bir durumda gözleri kapatarak ve bir şeyin rengini, biçimini hayal ederek başlar. Daha sonra ağrı boş bir alana doğru gönderilir. Son olarak gözler açılır⁴⁸.

2. 1. 7. 3. Minimal İnvaziv Girişimler

Tanısal sinir blokları, tetik nokta enjeksiyonları, epidural nöroplasti uygulamaları, eklem içi enjeksiyonlar, intradiskal enjeksiyonlar, proloterapi, nörolitik sinir blokları, kemonükleozis, radyofrekans termokoagülasyon RF uygulamaları, kriyolezyon uygulamaları, sinal kord stimülasyonu, spinal opioid tedavisi minimal invaziv tedavi örnekleridir^{19,71}.

2. 1. 7. 4. Cerrahi Yaklaşımlar

Medikal tedavi başta olmak üzere, tüm invaziv olmayan tedavilere yanıt vermeyen ağrılı durumlara yönelik olarak uygulanabilecek cerrahi tedavi yaklaşım, hasta ve yakınları uygulanacak olan cerrahi yöntem ve olası komplikasyonları ile ilgili olarak bilgilendirildikten sonra belirlenmeli ve yaşlı hastanın tolere edebileceği en uygun teknik seçilmelidir^{44,71}.

Farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin bir arada kullanılması ile istendik bir ağrı yönetimi sağlanabilir. Etkili bir ağrı yönetimi yaşlı bireyin fonksiyonlarını geliştirir, bağımsızlığını artırır ve hastane

kabulündeki sıklığı ve hastanede kalış süresini potansiyel olarak azaltabilir^{75,90}.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, huzurevinde yaşayan bireylerde ağrının değerlendirilmesi ve ağrıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Antalya sınırları içinde yer alan, SHÇEK kurumuna bağlı Antalya Fethi Bayçın Huzurevi, Antalya Büyükşehir Belediyesine bağlı Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi ve Antalya Muratpaşa Belediyesine bağlı Antalya Muratpaşa Belediyesi Yaşlı Koruma Evi'nde yaşayan yaşlı bireylerle yapılmıştır.

Antalya Fethi Bayçın Huzurevi

Huzurevi 163 yatak kapasiteli olup, huzurevinde 63 yaşlı odası bulunmaktadır. Odalar tek kişilik, çift kişilik ya da dört kişiliktir. Huzurevinde 1 muayene odası bulunmaktadır. Huzurevinde hafta içi 08.00- 16.00 saatleri arasında hizmet veren; 1 doktor, 1 fizyoterapist ve 1 sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır. Huzurevinde toplam 3 hemşire 08-16, 16-08 şeklinde çalışmaktadırlar.

Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi

Huzurevi 48 yatak kapasiteli olup, huzurevinde 30 yaşlı odası bulunmaktadır. Odalar tek kişilik ya da çift ki iliktir. Huzurevinde toplam 2 hemşire 08-16, 16-08 şeklinde çalışmaktadırlar. Huzurevinde doktor, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı bulunmamaktadır.

Antalya Muratpaşa Belediyesi Yaşlı Koruma Evi

Huzurevi 35 yatak kapasiteli olup, huzurevinde 20 yaşlı odası bulunmaktadır. Odalar tek kişilik ya da çift ki iliktir. Huzurevinde hafta içi 08.00- 16.00 saatleri arasında hizmet veren; 1 hemşire görev yapmaktadır. Huzurevinde doktor, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı bulunmamaktadır.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve  rneklemi

3. 3. 1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2010 yılında Antalya Fethi Bayçin Huzurevi, Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi ve Antalya Muratpaşa Belediyesi Yaşlı Koruma Evi'nde yaşayan toplam 179 yaşlı birey oluşturmaktadır.

3. 3. 2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemine Standardize Mini Mental Test'e göre bilişsel durumu uygun olan (Tablo 3.1), Bilişsel durumu uygun olanlardan Görsel Kıyaslama Ölçeği puanlamasına göre ağırsı olan (Tablo 3.2), Antalya sınırları içinde yer alan huzurevlerinde yaşayan 75 yaşlı birey oluşturmuş olup (Tablo 3.3) örneklem alınan yaşlı bireylerin huzurevlerine göre dağılımı aşağıdaki formüllere göre tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenmiştir (Tablo 3.4).

a)Örneklem büyüklüğünü saptamak için aşağıdaki formülden yararlanılmıştır.

Olayın görülüş sıklığına göre evrendeki eleman sayısı bilindiği durumda

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı

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

($\alpha=0.05$ için teorik t değeri 1.96 olarak alınmıştır)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

(0,50 olarak alınmıştır)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

(1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)

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

(0,09 olarak alınmıştır)

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

$$n = \frac{179 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(0,09)^2 \cdot (179-1) + ([1,96])^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}$$

$$n = \frac{171,9116}{2,4022} \cong 72$$

b) Tabaka ağırlığının hesaplanmasında aşağıdaki formülden yararlanılmıştır.

$$W_i = \frac{N_i}{N}$$

Wi: Tabaka Ağırlığı (TA)

Ni: i nolu tabakadaki birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı

Antalya Fethi Bayçin Huzurevi

Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi $TA = \frac{35}{179} = 0,19$

Antalya Muratpaşa Belediyesi Yaşlı Koruma Evi

c) Tabakadan alınacak birey sayısının hesaplanmasında aşağıdaki formülden yararlanılmıştır.

$$W_i \cdot n = n_i \cdot n$$

Wi: Tabaka Ağırlığı

n: Örneklem alınacak birey sayısı (BS)

ni: i nolu tabakadan alınacak birey sayısı

Antalya Fethi Bayçin Huzurevi BS = $0,64 \times 75 \approx 48$

Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi BS= $0,19 \times 75 \approx 15$

Antalya Muratpaşa Belediyesi Yaşlı Koruma Evi BS= $0,16 \times 75 \approx 12$

Tablo 3. 1. Yaşlı Bireylerin Standardize Mini Mental Test Puanlamasına Göre Dağılımı (n=145)

Puanlama (n=145)	Sayı	%
0-9 (Ciddi derecede bilişsel bozulma var)	17	11,8
10-17 (Orta derecede bilişsel bozulma var)	14	9,7
18-23 (Hafif derecede bilişsel bozulma var)	75	51,7
24-30 (Bilişsel bozulma yok)	39	26,8

Tablo 3. 2. Yaşlı Bireylerin Görsel Kıyaslama Ölçeği Puanlamasına Göre Dağılımı (n=114)

Puanlama (n=114)	Sayı	%
0 mm (Ağrı yok)	39	34,2
0,1 mm- 100 mm (Ağrı var)	75	65,8

Tablo 3. 3. Ağrısı Bulunan Yaşlı Bireylerin Standardize Mini Mental Test Puanlamasına Göre Dağılımı (n=75)

Puanlama (n=75)	Sayı	%
18-23 (Hafif derecede bilişsel bozulma var)	50	66,7
24-30 (Bilişsel bozulma yok)	25	33,3

Tablo 3. 4. Örneklem Alınan Yaşlı Bireylerin Huzurevlerine Göre Dağılımı

Huzurevinin Adı	Yaşlı Birey Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örneklem Alınacak Yaşlı Birey Sayısı	Örneklemi Oluşturan Yaşlı Birey Yüzdesi
Antalya Fethi Bayçin Huzurevi	115	0,64	48	64,0
Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi	35	0,19	15	20,0
Antalya Muratpaşa Belediyesi Yaşlı Koruma Evi	29	0,16	12	16,0
Toplam	179		75	100,0

3. 4. Verilerin Toplanması

3. 4. 1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. Anket formu (Ek 2) beş bölümden oluşmaktadır;

Birinci bölüm; yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, önceki çalışma statüsü, medeni durum, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, yaşadıkları yer, huzurevinde bulunma süreleri, yakınları ile görüşme sıklığı, alışkanlıkları, ilaçları, hastalıkları ve süreleri) 15 açık ve kapalı uçlu soru yer almaktadır.

İkinci bölüm; ağrı öyküsüne ilişkin (ağrının tanımı, ağrının süresi, ağrıyı başlatan durumlar, ağrıyı arttıran/ azaltan durumlar, ağrıda ilaç ve ilaç dışı uygulamalara yönelik bilgi alma durumu, ağrıya yönelik uygulamalar, ağrılarına bağlı günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumları, ağrılarını iletme, iletmelerini engelleyen nedenler ve ilettikleri kişiler, ağrıya yönelik sağlık personeli dışında yardım alma, alınan yardım, şu andaki ve geçmişteki ağrı deneyimiyle ilgili ilaç/ ilaç dışı uygulamaları kullanma ve etkili olma durumu, analjezikleri düzenli kullanma durumu, düzenli kullanmama nedenleri, ağrıya yönelik verilen hizmetlerden memnun olma ve olmama nedenleri) 17 açık ve kapalı uçlu soru yer almaktadır.

Standardize Mini Mental Test (SMMT) (Eğitilmişler ve Eğitimsizler İçin)

SMMT ilk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır^{34,114}. Test, standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif biçimde değerlendirebilmek amacıyla kullanılan testlerin çok fazla soru içermeleri ve uygulamada 30 dakikadan daha fazla zaman almalarından dolayı yaşlıların, özellikle de deliryumda olan ve/veya demanslı yaşlıların muayenesinde uygulaması kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracı olarak üretilmiştir. Test, global olarak bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilecek kısa, kullanışlı ve standardize bir metottur. Bilişsel bozuklukların saptanması, demansiyel

sendromların seyri ve tedaviye alınan yanıtların izlenmesinde; araştırma sahasında da toplum içerisinde veya bir kurumda yaşamını sürdüren yaşlılarla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda başvurulan popüler bir test olma özelliğini sürdürmektedir^{64,103,114}.

SMMT' in Güvenirliği ve Geçerliği

SMMT' in Türkçe' ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Ölçeği eğitilmişler ve eğitimsizler için olmak üzere iki ayrı formda hazırlanmıştır. SMMT' in toplam puanının iki grup arasında anlamlı fark gösterdiği, uygulayıcılar arası güvenilirlik incelemesinde α : 0,99 olarak elde edilmiştir¹¹⁴. Bizim çalışmamızda da cronbach's *alpha* *güvenilirlik katsayısı* 0,94 olarak bulunmuştur.

SMMT' in Alt Ölçek Tanımları, Puanlaması ve Değerlendirilmesi

SMMT yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış 11 maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir. Bir sorunun soruluş biçimi, anlaşılamadığı veya yanıt alınamadığı zaman kaç kez sorulacağı, kabul edilebilir cevabın ne olması gerektiği, bir soruya yanıt için en fazla ne kadar bekleneneği gibi uygulamaya ait kuralları içeren bir “Standardize Uygulama Kılavuzu” (Ek 3) eşliğinde kullanıldığında serbest kullanıma göre daha yüksek “uygulayıcılar arası tutarlılık” gösterdiği belirtilmiştir^{34,114}.

Yaşlı bireylere SMMT uygulandıktan sonra çıkan puana göre uygulamaya devam edilmiştir. SMMT' indeki puanlamaya göre;

24-30: Bilişsel bozulma yok

18-23: Hafif derecede bilişsel bozulma var

10-17: Orta derecede bilişsel bozulma var

0-9: Ciddi derecede bilişsel bozulma var anlamına gelmektedir^{34,46,115}.

Bilişsel bozulma ağrının varlığını saklayabilir^{46,54,75}. Yapılan birçok çalışmada huzurevinde yaşayan bireylerin ağrılarının değerlendirilmesinde SMMT' e göre ölçümün dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır^{46,54,64,115}. Bu yüzden çalışmada puanlamaya göre, hafif derecede bilişsel bozulması olan ve bilişsel bozulması olmayan yaşlı bireyler araştırma kapsamına alınarak araştırma yürütülmüştür.

McGill Ağrı Ölçeği (MAÖ)

MAÖ Melzack tarafından 1975 yılında, ağrının faklı bileşenlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir^{97,107,108,115}.

MAÖ' nin Güvenirliği ve Geçerliği

MAÖ Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Öksüz ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Türkçe ölçeğin

güvenilirliği α : 0,887 olarak bulunmuştur^{97,107,108}. Bizim çalışmamızda da cronbach's *alpha* *güvenilirlik katsayısı* 0,844 olarak bulunmuştur.

MAÖ' nin Alt Ölçek Tanımları, Puanlaması ve Değerlendirilmesi

MAÖ dört bölümden oluşmaktadır.

İlk bölüm: Farklı kelime gruplarına dayalıdır. 20 takım kelime grubu ve her bir kelime grubunda 2 ile 6 arasında değişen kelime yer almaktadır. Bu bölüm toplam 78 kelimedenden oluşmaktadır. Bu bölümde ağrı dört ayrı başlıkta ele alınarak incelenmektedir. Bunlar: Duyumsal, Duygusal, Değerlendirme ve Çeşitli olarak adlandırılmıştır^{97,108,115,116,117,118,119}.

Melzack ve Wall tarafından ağrının dört boyutu tanımlanmıştır.

1. Duyumsal boyut (sensory- discriminative)
2. Duygusal boyut (affective- motivational)
3. Değerlendirme boyut (cognitive- evaluative)
4. Çeşitli boyut

Bunlar ağrının şiddeti, kalitesi ve emosyonel komponentlerini yansıtır. Bu boyutlar farklı nörofizyolojik mekanizmalarca kontrol edilir^{37,56,57,58,60}. Duyumsal boyutu, ağrının algılanmasını, duygusal boyutu ağrıdan daha fazla etkilenmeyi, değerlendirme boyutu ise ağrının etkileri nedeniyle bireyin toplumda sahip olduğu işlev(görev) ve toplumsal rolü (fonksiyon ve sosyal roller) üzerindeki bozulmayı ifade etmektedir^{57,60,118,119}.

1-10 arasındaki kelime grubu ağrıyı duyumsal, 11-15 duygusal, 16 değerlendirme ve 17-20 çeşitli olarak 4 alt grup şeklinde değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu bölümde kişi her bir kelime grubunda ağrısına uyan kelime/kelimeler varsa seçer. Seçilen kelimeler puanlanır^{97,108,116,117,118,119}.

Puanlama şu şekildedir; 1. takım kelime grubunda 6 kelime bulunmaktadır. Bu kelime grubu için puanlama titreşim 1, titreşim 2, atan 3, zonklayan 4,

vuran 5, küt küt atan 6 puanını alacaktır. 2.takım kelime grubunda 3 kelime bulunmaktadır. Bu kelime grubu için puanlama sıçrayan 1, hücum eden 2, atan 3 puanını alacaktır. Yani her bir kelime grubundaki kelimeler 1'den başlayarak artarak devam eder. Sonuçta kişinin seçtiği kelimelerin karşısına puanları yazılır. Eğer bir kelime grubunda iki ya da daha çok kelime seçmişse hangi kelimenin puanı daha fazlaysa o grubun puanı o olacaktır. Daha sonra 1'le 10 arasındaki grupların puanları toplanır. Bu puan duyumsal ağrı değerlendirilmesinin puanını, 11-15 arasındaki grupların puanları toplamı duygusal ağrı değerlendirilmesinin puanını, 16. grup puanı değerlendirme ağrı değerlendirilmesinin puanını, 17-20 arasındaki grupların puanları toplamı çeşitli ağrı değerlendirilmesinin puanını oluşturur^{116,118,119}.

Bu dört ağrı başlığından (indeksinden) elde edilen toplam puan beşinci bir indeks olarak Toplam Ağrı İndeksi (PRI(T)- Total Pain Rating Index)' ni oluşturur. Toplam Ağrı İndeksi(PRI): Ağrının duyumsal, duygusal, değerlendirme ve çeşitli alt boyutlarıyla birlikte bireyin yaşadığı toplam ağrıyı ifade etmektedir. Ayrıca Ortalama Tanımlayıcı Sayısı (NWC- Number Word Chosen) kişinin seçmiş olduğu tanımlayıcıların sayısı olarak hesaplanır. Seçilen tanımlayıcı Sayısı(NWC): Ağrıyı tanımlamada seçilen kelime sayısını ifade etmektedir. Birey ağrısını tanımlarken kaç kelime seçmiş ise, bu kelimelerin sayısı kişinin ortalama tanımlayıcı sayısını oluşturur^{97,108,116,117,118,119}.

İkinci bölüm: Ağrı şiddetini (yoğunluğunu) belirlemeye yönelik “ağrı yok, hafif, rahatsız eden, sıkıntı veren, korkunç ve işkence” olmak üzere beş kelimedenden oluşur. Kişi bu bölümde de kendisine uyan kelimeyi seçer. Bu bölümdeki puanlama ağrı yok-0, hafif-1, rahatsız eden-2, sıkıntı veren-3, korkunç-4 ve işkence-5 şeklindedir. Bu bölümden elde edilen puanda Ağrı

Şiddeti/Yoğunluğu (PPI- Present Pain İntensity)'nu oluşturur. Genel toplam ise, PRI, PPI ve NWC' nin toplamını ifade eder^{108,116,117,118,119}.

Ağrı değerlendirmesinin toplam puanı: Ağrı indeksi, seçilen tanımlayıcı sayısı ve ağrının şiddetini içermekte, yani yaşanan ağrının tüm boyutlarıyla değerlendirildiği ifade edilmektedir.

Üçüncü bölümde ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölümde “kısa”, “anlık”, “geçici” birinci alt grubu, “ritmik”, “düzenli”, “aralıklı” ikinci alt grubu, “sürekli”, “sabit”, “kalıcı” üçüncü alt grubu oluşturmaktadır. Kişi her alt gruptan kendisine uyan kelime/kelimeleri seçer^{116,118,119}.

Dördüncü bölümde ise kişinin ağrısını etkilediği vücut bölgesi veya bölgelerini işaretlemek üzere ön ve arkadan görünümü çizilmiş iki vücut resmi yer almaktadır. Kişinin ağrısının yerini, vücut şeması üzerinde işaretlemesi ağrı içten geliyorsa ‘İ’, vücut yüzeyinde ise ‘D’ harfi ile belirtmesi istenmektedir. İç; derin, dış ise yüzeysel ağrıyı ifade etmektedir^{116,118,119}.

Görsel Kıyaslama Ölçeği- GKÖ (Visual Analog Scale- VAS)

GKÖ ağrının şiddetini ölçmektedir^{18,48,55,85,105}. Sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır^{48,105}. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 100 mm’ lik bir cetvel üzerinde birey ağrısını işaretler^{19,37,48,61,63,85,105}. Bireye iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arasında ağrının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu söylenir^{37,48,61,85,105}. Ağrı yok başlangıcı ile hastanın işaretlediği bu nokta arası ölçülerek santimetre olarak ölçülür

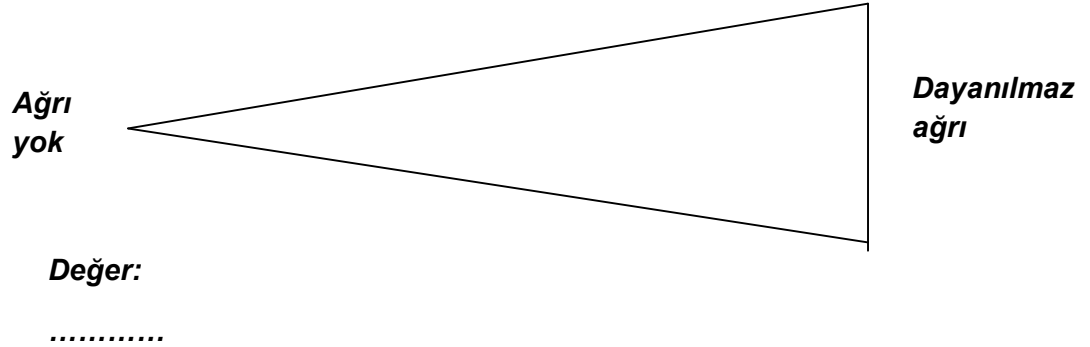
ve bulunan sayısal değer bireyin ağrı şiddetini gösterir. Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre GKÖ' nün duyarlılığının yüksek olduğu saptanmıştır^{19,85,105}. Eti-Aslan'ın postoperatif ağrı değerlendirilmesinde GKÖ ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerini karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada; GKÖ' nün orta şiddette ağrıyı tanımlamada daha duyarlı olduğu, seçicilik yönünden iki ölçek arasında fark bulunmadığı, her iki ölçeğinde seçici olduğu belirlenmiştir⁸⁵. Görsel Kıyaslama ölçeğindeki puanlamaya göre;

“0 mm: Ağrı yok

100 mm: Dayanılmaz ağrı” anlamına gelmektedir^{37,48,55,61,63,85,97,105}.

GKÖ' nün değerlendirilmesinde bireyler için elde edilen değerlerin ortalaması alınır⁸⁵.

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



3. 4. 2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması

Anket formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla 14.02.2010- 24.02.2010 tarihleri arasında Ankara Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 15 yaşlı bireyin katılımı ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket formunda gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

3. 4. 3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veri toplamak amacıyla oluşturulan anket formu 01.08.2010-01.11.2010 tarihleri arasında Antalya ili sınırları içinde bulunan Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu ve belediyelere bağlı huzurevlerinde bulunan toplam 75 yaşlı bireye uygulanmıştır. Her bir huzurevinden örneklem kapsamına alınacak yaşlı birey sayısı tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş ve belirlenen sayıya ulaşıncaya kadar uygulamaya devam edilmiştir. Anket formu araştırmacı tarafından huzurevi ortamında, etkileşimi önlemek amacıyla her bir hasta ile ayrı ayrı yüz-yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur.

Araştırmanın Uygulama Aşamaları: İlk önce huzurevinde yaşayan bireylerle anketin doldurulması için gün belirlenmiştir. Uygulama için belirlenen günde ulaşılan yaşlı bireye öncelikle Standardize Mini Mental Test uygulanmıştır. Hemen ardından da Görsel Kıyaslama Ölçeği uygulanmıştır. Bu bölümün uygulanması ortalama 10-15 dakika sürmüştür. Testlerin sonuçları bireyin yanından ayrıldıktan sonra değerlendirilmiştir. Söz konusu değerlendirmede, çalışmamızdaki ölçek puanlamaları göz önüne alınarak, hafif derecede bilişsel bozulması olan ya da olmayan yaşlı bireyler ile ağrısı bulunan yaşlı bireyler kapsama alınmıştır. Değerlendirme sonucunda uygun olan bireylerle anket formunun devamını doldurmak için o gün ya da o kişiye uygun olan başka bir gün seçilerek anket formunun devamı doldurulmuştur. Yaşlı bireylerin anket sorularına rahat cevap verebilmesi ve birbirleriyle olabilecek etkileşimlerin önlenmesi amacıyla anket formu yaşlı bireye oturma odasında ya da bireyin kendi odasında araştırmacının kendisi tarafından doldurulmuştur. Bu bölümün doldurulması da ortalama 30-45 dakika sürmüştür. Toplamda 145 kişiye uygulanan Standardize Mini Mental Test'ten ve Görsel Kıyaslama Ölçeği'nden 75 kişiyle anket formu sonuca ulaştırılmıştır.

3. 5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve tabloların oluşturulması amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 15 kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler (nicel değişkenler), ortalama ve standart sapma, gerekli olduğu durumlarda da ortalama ve standart sapmanın yanı sıra medyanları ile birlikte sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin (nitel değişkenler) sunumu için ise frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Chi-Square (X^2) testi ve gerekli olduğu durumlarda Fisher exact test kullanıldı. Nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında ilk olarak parametrik test koşullarının (Denek sayısı ve normal dağılıma uygunluğun araştırılması) sağlanıp sağlanmadığı araştırıldı. McGill Ağrı Ölçeğinde PRI, PPI, NWC, PRI+PPI ve (Toplam puan) PRI+PPI+NWC toplamının ortalamaları alınmış ve verilerin değerlendirilmesi bu puan ortalamaları üzerinden hesaplanmıştır. Puan ortalamalarının normal dağılım gösterip göstermediği testi için Kolmogorov Smirnov testi uygulanmış ve ölçeğin normal dağılım göstermediği bulunmuştur. Parametrik koşulların sağlanmaması nedeniyle iki grubun karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3. 6. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma için Gazi Üniversitesi Kurumsal Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul izni alınmıştır. SHÇEK kurumuna bağlı huzurevleri için Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nden, Belediye'ye bağlı huzurevleri için Antalya Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Yaşlı Hizmetleri Şube Müdürlüğü'nden ve Antalya Muratpaşa Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü'nden yazılı izin (Ek 4) alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten sonra yaşlı bireylerin yazılı/sözel izinleri (Ek 1) alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde yaşlı bireylerin ağrı değerlendirilmesi ve ağrılarını etkileyen faktörlere ilişkin bilgiler üç ayrı bölümde verilmiştir. Birinci bölümde tanıtıcı bilgiler (sosyo-demografik özellikler, huzurevindeki yaşantılarına yönelik tanımlayıcı özellikler) ve hastalık özellikleri, ikinci bölümde ağrı öykülerine ilişkin özellikleri, ağrı değerlendirmeleri ve ağrılarını etkileyen faktörler yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

Tablo 4. 1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=75)

Özellikler	Sayı	%
Yaş $\bar{X}=71,4 \pm 9,0$ (min: 50, max: 90)		
45-59	6	8,0
60-74	42	56,0
75-90	27	36,0
Cinsiyet		
Kadın	43	57,3
Erkek	32	42,7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	19	25,3
Okur-yazar	6	8,0
İlkokul	22	29,3
Ortaokul	7	9,3
Lise	17	22,7
Üniversite ve üzeri	4	5,4
Önceki Çalışma Statüsü		
Serbest meslek	33	44,0
Ev hanımı	26	34,6
Memur	11	14,7
İşçi	5	6,7
Medeni Durum		
Eşi ölmüş	35	46,7
Boşanmış	25	33,3
Bekar	12	16,0
Evli	3	4,0
Sosyal Güvencesi		
Olan	48	64,0
Olmayan	27	36,0
Gelir Düzeyi		
Geliri giderini karşılayan	40	53,3
Geliri giderini kısmen karşılayan	19	25,3
Geliri giderini karşılamayan	16	21,4
Doğum Yeri		
Akdeniz bölgesi	39	52,0
İç Anadolu bölgesi	13	17,3
Doğu Anadolu bölgesi	7	9,3
Karadeniz bölgesi	7	9,3
Marmara bölgesi	5	6,7
Ege bölgesi	2	2,7
Yurtdışı	2	2,7
En Uzun Süre Yaşanılan Bölge		
Akdeniz bölgesi	37	49,3
Marmara bölgesi	17	22,7
İç Anadolu bölgesi	10	13,4
Karadeniz bölgesi	3	4,0
Ege bölgesi	3	4,0
Yurtdışı	3	4,0
Doğu Anadolu bölgesi	1	1,3
Güneydoğu Anadolu bölgesi	1	1,3
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Şehir	59	78,7
Köy	14	18,7
Kasaba	2	2,6

Tablo 4. 1’de araştırmaya katılan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin yaş ortalaması; $71,4 \pm 9,0$ olup yarısından fazlası(%56) 60-74 yaşları arasındadır. Yaşlı bireylerin %57,3’ünün kadın, %42,7’sinin erkek ve kadın/erkek oranının 1,3 olduğu belirlenmiştir.

Yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %29,3’ünün ilkokul, %25,3’ünün okur-yazar olmadığı, %22,7’sinin lise mezunu olduğu görülmektedir.

Yaşlı bireylerin önceki çalışma statüsüne göre dağılımları incelendiğinde; %44,0’ünün serbest meslek, %34,6’sının ev hanımı olduğu saptanmıştır.

Yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %46,7’sinin eşi ölmüş, %33,3’ünün boşanmış, %16’sının bekar olduğu belirlenmiştir.

Yaşlı bireylerin %64’ünün sosyal güvencesinin olduğu, %53,3’ünün gelirlerinin giderini karşıladığı saptanmıştır.

Yaşlı bireylerin doğum yerlerine göre %52’sinin Akdeniz bölgesi, %17,3’ünün İç Anadolu bölgesi olduğu, en uzun süre yaşanılan bölgenin %49,3’ünün Akdeniz bölgesi, %22,7’sinin Marmara bölgesi olduğu ve %78,7’sinin şehirde yaşadığı görülmektedir.

Tablo 4. 2. Yaşlı Bireylerin Huzurevindeki Yaşantılarına Yönelik Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=75)

Özellikler	Sayı	%
Huzurevinde Bulunma Süresi		
<1 yıl	22	29,3
1-5 yıl	37	49,4
>5 yıl	16	21,3
Huzurevinde Kiminle Kaldığı		
Arkadaşıyla birlikte	62	82,7
Yalnız	13	17,3
Yakınlarıyla Yüz yüze Görüşme Sıklığı		
Haftada bir	13	17,3
Ayda bir-iki kez	19	25,3
Senede bir- iki kez	17	22,7
Hiç	26	34,7
Yakınlarıyla Telefonla Görüşme Sıklığı		
Her gün	10	13,4
Haftada bir	16	21,3
Ayda bir-iki kez	12	16,0
Senede bir-iki kez	3	4,0
Hiç	34	45,3
Sigara İçme Durumu		
İçen	22	29,3
İçmeyen	34	45,4
Bırakan	19	25,3
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanan	4	5,4
Kullanmayan	58	77,3
Bırakan	13	17,3
GYA Yardım Durumu		
Duyuyorum	6	8,0
Bazen duyuyorum	17	22,7
Duymuyorum	52	69,3

Tablo 4. 2’de yaşlı bireylerin huzurevindeki yaşantılarına yönelik tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı görülmektedir. Yaşlı bireylerin %49,4’ü 1-5 yıldır huzurevinde bulunmakta olup, %82,7’si odada arkadaşlarıyla birlikte kalmaktadır. Yaşlı bireylerin %57,4’ü hiç, senede bir-iki kez yakınlarıyla yüz yüze görüşmekte, %49,3’ü hiç, senede bir-iki kez yakınlarıyla telefonla görüşmektedir.

Yaşlı bireylerin %70,7’si sigara içmemekte ve bırakmış, %94,6’sının alkol kullanmadığı ve bırakmış olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerin %30,7’si günlük yaşantısında aktivitelerini gerçekleştirirken yardıma ihtiyaç duymaktadır.

Tablo 4. 3. Yaşlı Bireylerin Hastalık ve Hastalık Sürelerinin (Yıl) Dağılımı (n=63)*

Hastalık	$\bar{X}$	SS	Min	Max
Kalp-damar sistemi ¹ (n:38)	8,09	6,19	0,1	20
Kas-iskelet sistemi ² (n:25)	11,67	13,91	1	60
Endokrin sistemi ³ (n:23)	9,66	8,16	0,1	30
Solunum sistemi ⁴ (n:12)	8,05	8,52	0,1	25
Sinir sistemi ⁵ (n:9)	6,33	9,44	1	30
Genito-üriner sistemi ⁶ (n:8)	5,75	5,23	1	15
Gastrointestinal sistemi ⁷ (n:7)	7,29	5,52	1	15
Psikiyatri ⁸ (n:4)	1,75	0,95	1	3
Deri ⁹ (n:3)	37,50	38,89	10	65

* Yüzdele n üzerinden alınmıştır.

¹Hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı, miyokard enfarktüsü, varis

²Romatoid artrit, osteoporoz, fıtık

³Diabetes mellitus, tiroid

⁴Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, bronşit, pnömoni, akciğer kanseri

⁵Serebro vasküler olay

⁶İdrar yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliği, prostat

⁷Peptik ülser, reflü

⁸Depresyon

⁹Sedef, egzema

Tablo 4. 3'de yaşlı bireylerin hastalık ve hastalık sürelerinin dağılımları görülmektedir. Yaşlı bireylerin kalp-damar sistem hastalıklarının ortalama görülme süresi $8,09 \pm 6,19$ olup, minimum 1ay, maksimum 20 yıl, kas- iskelet sistem hastalıklarının ortalama görülme süresi $11,67 \pm 13,91$ olup, minimum 1yıl, maksimum 60 yıl, endokrin sistem hastalıklarının ortalama görülme süresi $9,66 \pm 8,16$ olup, minimum 1 ay, maksimum 30 yıl olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 4. Yaşlı Bireylerin Kullandıkları İlaç Gruplarının Dağılımı (n=67)*

İlaç Grupları	Sayı	%
Analjezikler	52	77,61
Antihipertansifler	36	53,73
Antitrombolitik, antiagregan, antiiskemikler	24	35,82
Antidepresanlar	20	29,85
Antidiyabetikler	19	28,35
Antiasitler	14	20,89
Bronkodilatatörler	12	17,91
Vitaminler	10	14,92
Antibiyotikler	10	14,92
Antiaritmikler	8	11,94
Antikoinerjikler	6	8,95
Antihistaminikler	6	8,95
Antigut	5	7,46
Diğer **	4	5,97

*Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

**Tiroid ilaçları

Tablo 4. 4'de yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç gruplarının dağılımları görülmektedir. Yaşlı bireylerin tabloda verilmemekle birlikte %89,3'ü ilaç kullanmakta olup, %77,61'i analjezik ve %53,73'ü antihipertansif ilaç kullanmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde bireylerin McGill ağrı ölçeğindeki ağrının özelliklerine, ağrı öykülerine, günlük yaşam aktivitelerinden etkilenme durumlarına, şu andaki ağrı deneyimiyle ilgili ilaç ve ilaç dışı uygulamaları kullanma ve etkili olma durumlarına, analjezik ilaçları düzenli kullanma, düzenli kullanmama nedenlerine, ağrılarını iletme, iletmelerini engelleyen nedenler, ağrılarını ilettikleri kişiler, ağrılarına yönelik sağlık personeli dışında yardım alma ve alınan yardıma ve huzurevinde ağrıya yönelik hizmetlerden memnun olma, memnun olmama nedenlerine, McGill Ağrı Ölçeği alt grup ve toplam puan ortalamalarına; sosyo-demografik, hastalık, ağrı özellikleri ve günlük yaşam aktivitelerinden etkilenme durumlarının, McGill Ağrı Ölçeği'nde ağrı boyutlarına etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. 5. Yaşlı Bireylerde McGill Ağrı Ölçeğindeki Ağrının Özelliklerine Göre Dağılımı (n=75)

Özellikler	Sayı	%
Ağrının Yeri		
Baş ve boyun bölgesi	6	8,0
Gövde bölgesi	19	25,3
Üst ekstremité bölgesi	8	10,7
Alt ekstremité bölgesi	39	52,0
Perine bölgesi	3	4,0
Ağrının Derinliği		
İç (Derin) ağrı	54	72,0
Dış (Yüzeyel) ağrı	21	28,0
Ağrının Şiddeti ($\bar{X}=3,05 \pm 1,25$)		
Hafif (1 puan)	9	12,0
Rahatsız eden (2 puan)	15	20,0
Sıkıntı veren (3 puan)	29	38,7
Korkunç (4 puan)	7	9,3
İşkence (5 puan)	15	20,0
Ağrının Zamanı-1 (n=46)*		
Kısa ağrı	19	41,3
Anlık ağrı	3	6,5
Geçici ağrı	24	52,2
Ağrının Zamanı-2 (n=56)*		
Ritmik ağrı	3	5,4
Düzenli ağrı	10	17,8
Aralıklı ağrı	43	76,8
Ağrının Zamanı-3 (n=108)*		
Sürekli ağrı	27	25
Sabit ağrı	59	55,0
Kalıcı ağrı	22	20,3

*Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4. 5’de yaşlı bireylerde McGill Ağrı Ölçeğindeki ağrının özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Yaşlı bireylerin McGill Ağrı Ölçeğindeki ağrının özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; %52’sinin alt ekstremité’de ağrı hissettiği, %72’sinin ağrıyı içte (derinde) hissettiği belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin % 38,7’si ağrıyı sıkıntı veren tarzda hissetmekte olup ortalama $3,05 \pm 1,25$ ’dir. Ağrının zamanla ilişkisi incelendiğinde; yaşlı bireylerin %52,2’si ağrılarının geçici, %76,8’i ağrılarının aralıklı, %55’inde ağrılarının sabit olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4. 6. Yaşlı Bireylerin Ağrı Öyküsüne İlişkin Özellikleri (n=75)

Özellikler	Sayı	%
Ağrının Tanımı		
Rahatsızlık, hastalık, hastalık habercisi	41	54,7
Acı, sızı, ıstırap, dayanılması zor şey	16	21,3
Huzursuzluk, sıkıntı verici	10	13,3
Ağrı doğal bir şey	3	4,0
Diğer ¹	5	6,7
Ağrının Süresi		
Bir saatten az	24	32,0
Günde birkaç saat	9	12,0
Günde birkaç saatten fazla	15	20,0
Tüm gün (sürekli)	27	36,0
Ağrıyı Başlatan Durumlar (n=42)²		
Hareket	16	38,1
Stres, sinirlenme, moral bozukluğu, üzüntü	8	19,1
Soğuk hava	5	11,9
Yorgunluk	3	7,1
İstirahat	3	7,1
Sigara	2	4,8
Diğer ³	5	11,9
Ağrıyı Arttıran Durumlar (n=61)²		
Hareket	18	29,5
Stres, sinirlenme, üzüntü	13	21,4
Soğuk hava	10	16,4
Sıcak hava	7	11,5
Beslenmeye dikkat etmeme	4	6,5
İstirahat	3	4,9
Diğer ⁴	6	9,8
Ağrıyı Azaltan Durumlar (n=82)²		
İlaç kullanma	29	35,4
İstirahat	12	14,7
Hareket	11	13,4
Sıcak ⁵	10	12,2
İlgi dağıtıcı aktiviteler ⁶	6	7,3
Soğuk ⁷	4	4,8
Stres, üzüntüden uzak durma	4	4,8
Beslenmeye dikkat etme	3	3,7
Diğer ⁸	3	3,7
Ağrıda İlaçlara Yönelik Bilgi Alma Durumu		
Alan	4	5,3
Almayan	71	94,7

Tablo 4. 6.'nın Devamı

Özellikler	Sayı	%					
Ağrıda İlaç Dışı Uygulamalara Yönelik Bilgi Alma Durumu							
Alan	7	9,3					
Almayan	68	90,7					
İlaç Dışı Uygulamalara İlişkin Bilgi İçerikleri (n=68)²							
Şişe çekme	15	22,1					
Sıcak uygulama	14	20,6					
Ağrıyan yere havlu koyma	12	17,6					
Bitkileri karıştırıp ağrıyan yere sarma	12	17,6					
Bitkilerle hazırlanmış karışımı içme	6	8,9					
Yakı uygulaması	4	5,9					
Diğer ⁹	5	7,3					
Geçmişteki Ağrı Deneyimiyle İlgili İlaç Kullanma Durumu							
Kullanan	46	61,3					
Kullanmayan	29	38,7					
Geçmişteki Ağrı Deneyimiyle İlgili İlaç Dışı Uygulamaları Kullanma Durumu							
Kullanan	16	21,3					
Kullanmayan	59	78,7					
Geçmişteki Ağrı Deneyimiyle İlgili İlaç Kullanımı (n=46)²							
		<u>Etkili</u>		<u>Etkili Değil</u>		<u>Toplam</u>	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
		37	80,4	9	19,6	46	100,0
Geçmişteki Ağrı Deneyimiyle İlgili İlaç Dışı Uygulamalar (n=16)²							
		<u>Etkili</u>		<u>Etkili Değil</u>		<u>Toplam</u>	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hareket		7	43,7	2	12,5	9	56,2
Bitkisel ilaç içme		3	18,7	-	-	3	18,7
Soğuk uygulama		1	6,2	-	-	1	6,2
Sıcak uygulama		1	6,2	-	-	1	6,2
İstirahat etmek		1	6,2	-	-	1	6,2
Diğer ¹⁰		3	18,7	-	-	3	18,7

¹Ağrı neredeyse canınız oradadır, ihmallik, yel

²Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

³Ağrıyı Başlatan Durumlar: Yağmur öncesi, kızartma yemek, seyahat etmek, gece, adet zamanı gelince, aç kalma

⁴Ağrıyı Arttıran Durumlar: Yorgunluk, sigara içmek, yağmurlu hava, gürültü, sert ayakkabı giyme, rüzgar, kilo alma

⁵Ağrıyı Azaltan Durumlar: Sıcak: Sıcak hava, sıcak uygulama

⁶Ağrıyı Azaltan Durumlar: İlgi dağıtıcı aktiviteler: Hayal kurma, tv izlemek, örgü örmek, başka biriyle konuşmak, eğlence, gevşeme teknikleri

⁷Ağrıyı Azaltan Durumlar: Soğuk: Soğuk hava, soğuk uygulama

⁸Ağrıyı Azaltan Durumlar: Diğer: Sigara içmemek, bitkisel ilaç kullanma, jel sürme

⁹İlaç Dışı Uygulamalar: Şeytan keleş bitkisini burna koklatma, tentürdiyotla sırtı çizme, ağrıyan yere pamuk koyma, ağrıyan yere tentürdiyot sürme, buz koyma

¹⁰Yakı, alkol alma.

Tablo 4. 6'da yaşlı bireylerin ağrı öyküsüne ilişkin özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Yaşlı bireylerin %54,7'si ağrıyı rahatsızlık, hastalık, hastalık habercisi olarak, %21,3'ü acı, sızı, ıstırap, dayanılması zor şey olarak tanımlamakta olup %68'inin ağrılarının günde birkaç saat, birkaç saatten fazla ve sürekli devam ettiği görülmektedir.

Yaşlı bireylerde ağrıyı başlatan en büyük etkenin %38,1 hareket ve %19,1 stres, sinirlenme, moral bozukluğu ve üzüntü, ağrıyı arttıran en büyük etkenin %29,5 hareket ve %21,4 stres, sinirlenme ve üzüntü olduğu, ağrıyı azaltan en büyük etkeninde %35,4 ilaç kullanma olduğu görülmektedir.

Yaşlı bireylerin %5,3'ü ağrıya yönelik ilaçlar ile ilgili bilgi alırken, %9,3'ü ilaç dışı uygulamalara yönelik bilgi almaktadır.

Yaşlı bireylerin ilaç dışı uygulamalara ilişkin bilgi içerikleri %22,1 şişe çekme ve %20,6 sıcak uygulamayla ilgili olduğu görülmektedir.

Yaşlı bireylerin %61,3'ü geçmişteki ağrı deneyimiyle ilgili ilaç kullanmakta olup %80,4'ünde etkili olduğu, %56,2'si ilaç dışı uygulamalardan en çok hareket uygulamakta olup %43,7'sinde etkili olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 7. Yaşlı Bireylerin Ağrılarına Bağlı Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumları (n=75)

Günlük Yaşam Aktiviteleri	<u>Etkilenen</u>		<u>Etkilenmeyen</u>	
	Sayı	%	Sayı	%
Fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam hazırlama	50	66,7	25	33,3
Hareket	50	66,7	25	33,3
Uyku	49	65,3	26	34,7
Vücut Isısı	40	53,3	35	46,7
Boşaltım	38	50,7	37	49,3
Çalışma ve Eğlenme	37	49,3	38	50,7
İletişim	36	48,0	39	52,0
Kişisel Temizlik	36	48,0	39	52,0
Ölüm	32	42,7	43	57,3
Beslenme	26	34,7	49	65,3
Solunum	26	34,7	49	65,3
Cinsellik	12	16,0	63	84,0

Tablo 4. 7’de yaşlı bireylerin ağrılarına bağlı günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Yaşlı bireylerin ağrılarına bağlı fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam hazırlama ile ilgili sorun yaşama durumları %66,7, hareket ile ilgili sorun yaşama durumları %66,7, uyku ile ilgili sorun yaşama durumları %65,3, vücut ısısı ile ilgili sorun yaşama durumları %53,3, çalışma ve eğlenme ile ilgili sorun yaşama durumları %49,3, boşaltım ile ilgili sorun yaşama durumları %50,7, cinsellik ile ilgili sorun yaşama durumları %16 olarak görülmektedir.

Tablo 4. 8. Yaşlı Bireylerin Şu Andaki Ağrı Deneyimiyle İlgili İlaç-İlaç Dışı Uygulamaları Kullanma ve Etkili Olma Durumları (n=75)

Özellikler	Sayı	%
Ağrı Deneyimiyle İlgili İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	55	73,3
Kullanmayan	20	26,7
Ağrı Deneyimiyle İlgili İlaç Dışı Uygulamaları Kullanma Durumu		
Kullanan	32	42,7
Kullanmayan	43	57,3

İlaç Uygulamaları (n=55) *	Etkili		Etkili Değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	46	83,6	9	16,4	55	100,0

İlaç Dışı Uygulamalar (n=32) *	Etkili		Etkili Değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hareket	16	50,0	2	6,2	18	56,2
Soğuk uygulama	6	18,7	-	-	6	18,7
Sıcak uygulama	4	12,5	-	-	4	12,5
Beslenme alışkanlıklarını düzenleme	3	9,3	-	-	3	9,3
İstirahat etmek	3	9,3	-	-	3	9,3
Diğer**	3	9,3	-	-	3	9,3

*Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

**Yakı, ayak bakımına yönelik uygulamalar

Tablo 4. 8’de yaşlı bireylerin şu andaki ağrı deneyimiyle ilgili ilaç ve ilaç dışı uygulamaları kullanma ve etkili olma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Yaşlı bireylerin %73,3’ü şu andaki ağrı deneyimiyle ilgili ilaç kullanmakta olup %83,6’sında etkili olduğu, %56,2’si ilaç dışı uygulamalardan en çok hareket’i, %18,7’si soğuk uygulamayı ve %12,5’i sıcak uygulamayı gerçekleştirmekte %50’sinde hareketin, %18,7’sinde soğuk uygulamanın ve %12,5’inde de sıcak uygulamanın etkili olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 9. Yaşlı Bireylerin Analjezik İlaçları Düzenli Kullanımını Etkileyen Faktörler (n=75)

Düzenli İlaç Kullanımı	Sayı	%
Kullanan	31	41,3
Kullanmayan	44	58,7

Düzenli İlaç Kullanmama Nedenleri (n=44)*	Sayı	%
Her zaman kullanmaya gerek görmüyorum	26	59,1
Bağımlılık yapmasın diye sürekli kullanmıyorum	9	20,5
Ağrı yaşlılığın getirdiği bir şey	4	9,1
Diğer**	5	11,3

*Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

**İlaçlarımı alacak kimse yok, doktora gitmeyi sevmiyorum, param yok-ilaç istemiyorum ki, raporum çıkmadı-kimseye söyleyemiyorum, mide operasyonu geçirdiğim için ilaç kullanamıyorum

Tablo 4. 9'da yaşlı bireylerin analjezik ilaçların düzenli kullanımını etkileyen faktörlere göre dağılımları görülmektedir. Yaşlı bireylerin %58,7'si analjezik ilaçları düzenli kullanmamakta olup, bireylerin %59,1 her zaman kullanmaya gerek görmediklerini ve %20,5 bağımlılık yapmasın diye sürekli kullanmadıklarını belirtmektedirler.

Tablo 4. 10. Yaşlı Bireylerin Ağrı İletimine Yönelik Verilerin Dağılımı (n=75)

Özellikler	Sayı	%
Ağrıyı İletme Durumu		
İleten	32	42,7
İletmeyen	43	57,3
Ağrı İletimini Engelleyen Nedenler (n=43)*		
Ağrıyla kendim baş edebiliyorum	17	39,5
Ağrı doğal bir şey	7	16,2
Ağrıyı giderme yöntemleri işe yaramıyor	6	8,0
Ağrımı söylemede sıkıntılıyım	6	8,0
Sağlık personeli ilgisiz	5	6,7
Sağlık personeline her zaman ulaşamıyorum	3	4,0
Yürüme güçlüğü	3	4,0
İletilen Kişi (n=32)*		
Doktor	14	43,7
Hemşire	17	53,1
Arkadaş, akraba	17	53,1
Ağrılarına Yönelik Sağlık Personeli Dışında Yardım Alma Durumu		
Alan	20	26,7
Almayan	55	73,3
Alınan Yardım (n=20)*		
Alışveriş	7	35,0
İletişim	7	35,0
Hareket	6	30,0
Beslenme	1	5,0

*Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4. 10'da yaşlı bireylerin ağrı iletimine yönelik verilerin dağılımları görülmektedir. Yaşlı bireylerin %57,3'ü ağrıları iletmemekte ve incelendiğinde %39,5 ağrısıyla kendisinin baş edebildiğini ve %16,2 ağrıyı doğal olarak algılamaları nedeni ile ağrıyı iletmedikleri görülmektedir.

Yaşlı bireylerin %42,7'si ağrıları ilettikleri, %53,1 hemşireye, arkadaş ve akrabaya iletmektedirler.

Yaşlı bireylerin %26,7'si ağrı yaşadıkları sırada sağlık personeli dışındaki kişilerden yardım aldıklarını en çok da %35 alışveriş ve %35 iletişim konusunda yardım aldıklarını belirtmektedirler.

Tablo 4. 11. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Ağrıya Yönelik Verilen Hizmetlerden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı (n=75)

Özellikler	Sayı	%
Memnun Olma Durumu		
Olan	50	66,7
Olmayan	25	33,3
Memnun Olma ile İlgili İfadeleri (n=50)*		
Ağrı olduğunda ilgi gösterilmesi	32	64,0
Analjezik ilaca kolay ulaşma	8	16,0
Herhangi bir nedeni yok	6	12,0
Ağrıya yönelik egzersiz yaptırılması	2	4,0
Tıbbi yardım almada (sağlık hizmetlerine kolay ulaşmada) destek olunması	2	4,0
Memnun Olmayanların İfadeleri (n=25)*		
Ağrıya yönelik tıbbi yardım sağlanamaması, sağlık personelinin ilgisiz olması	21	84,0
Ağrıya yönelik yapılan uygulamaların etkili olmaması	4	16,0

*Yüzde n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.11’de yaşlı bireylerin huzurevinde ağrıya yönelik verilen hizmetlerden memnuniyet durumlarının dağılımları görülmektedir.

Yaşlı bireylerin %66,7 huzurevinde ağrıya yönelik verilen hizmetlerden memnun, memnun olma nedenleri %64 ağrıları olduklarında ilgi gösterilmesi, memnun olmama nedenleri % 84 ağrıya yönelik tıbbi yardım sağlanamaması ve sağlık personelinin ilgisiz olması şeklinde ifade edilmiştir.

Tablo 4. 12. Yaşlı Bireylerin GKÖ, McGill Ağrı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ağrı Ölçekleri	$\bar{X}$	SS	Medyan	Min	Max
Duyumsal	8,14	7,02	6,00	0	29
Duygusal (Affective)	2,62	3,43	1,00	0	11
Değerlendirme	1,91	1,61	2,00	0	5
Çeşitli	3,88	3,82	3,00	0	14
PRI*	16,57	13,25	13,00	1	57
PPI**	2,68	1,25	3,00	1	5
PRI+PPI	19,25	14,06	15,00	2	61
NWC***	10,94	9,04	9,00	1	40
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	30,20	22,92	24,00	3	101
Zaman-1	2,20	0,96	3,00	1	3
Zaman-2	2,80	0,406	3,00	1	3
Zaman-3	1,97	0,29	2,00	1	3
Ağrının Yeri	3,26	1,06	4	1	5
Ağrının Derinliği/ Yüzeyselliği	1,34	0,48	1	1	2
GKÖ puan****	56,89	25,58	50	10	100

*Ağrı indeksi

**Ağrı şiddeti

***Seçilen tanımlayıcı sayısı

****Görsel kıyaslama ölçeği puanı

Tablo 4. 12’de yaşlı bireylerin Görsel Kıyaslama Ölçeği, McGill Ağrı Ölçeği alt grup (Ağrı İndeksi, Ağrı Şiddeti, Seçilen Tanımlayıcı Sayısı) ve toplam puan ortalamaları, minimum- maximum ve standart sapma değerleri görülmektedir. McGill Ağrı Ölçeği toplam puan ortalaması 30,20±22,92 (3-101)’dur. Görsel Kıyaslama Ölçeği puan ortalaması 56,89±25,58 (10-100)’dir.

Tablo 4. 13. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	Erkek (n=43)			Kadın (n=32)			Mann-Whitney U	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
Duyumsal	7,28	6,87	5,00	11,66	8,57	9,00	412,0	0,003*
Duygusal	2,14	2,82	1,00	5,28	3,83	6,00	347,5	0,000*
Değerlendirme	1,77	1,48	2,00	2,75	1,68	2,00	463,0	0,010*
Çeşitli	3,23	3,04	3,00	5,22	4,41	3,00	509,0	0,053
PRI	14,40	11,39	13,00	24,91	15,66	22,00	366,0	0,001*
PPI	2,86	1,26	3,00	3,31	1,23	3,00	552,0	0,130
PRI+PPI	17,26	12,17	15,00	28,16	16,43	25,00	377,0	0,001*
NWC	9,79	7,84	8,00	17,28	13,22	13,00	402,0	0,002*
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	27,05	19,79	23,00	45,44	29,37	38,50	376,5	0,001*

*p<0,05

Ağrı değerlendirmesinin her bir alt boyutu cinsiyete göre ayrı ayrı incelenerek Tablo 4.13'de verilmiştir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinden elde edilen bilgilere göre, duyumsal ağrı değerlendirmesinin ortalamaları sırasıyla erkeklerde 7,28 ve kadınlarda 11,66 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Duygusal ağrı değerlendirmesinin ortalamaları sırasıyla erkeklerde 2,14 ve kadınlarda 5,28 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Değerlendirme ağrı değerlendirmesinin ortalamaları sırasıyla erkeklerde 1,77 ve kadınlarda 2,75 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Toplam ağrı indeksi ortalamaları sırasıyla erkeklerde 14,40 ve kadınlarda 24,91 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Toplam ağrı indeksi ve ağrı şiddeti toplamı ortalamaları sırasıyla erkeklerde 17,26 ve kadınlarda 28,16 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Seçilen tanımlayıcı sayısı ortalamaları sırasıyla erkeklerde 9,79 ve kadınlarda 17,28 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı değerlendirmesinin toplam puan ortalamaları sırasıyla erkeklerde 27,05 ve kadınlarda 45,44 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.14. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Önceki Çalışma Statüsüne Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	<u>İşçi (n=5)</u>			<u>Memur (n=11)</u>			<u>Serbest meslek (n=33)</u>			<u>Ev hanımı (n=26)</u>			Kruskal- Wallis	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
Duyumsal	6,20	6,06	4,00	9,27	5,41	8,00	7,94	8,78	5,00	11,19	7,76	9,00	7,9	0,046*
Duygusal	3,40	3,21	3,00	2,45	2,38	2,00	2,24	3,13	1,00	5,50	3,95	6,00	12,5	0,006*
Değerlendirme	3,40	1,52	3,00	1,73	0,90	2,00	1,55	1,54	2,00	2,96	1,61	2,50	15,5	0,001*
Çeşitli	3,60	1,67	4,00	3,36	1,69	3,00	3,36	3,83	2,00	5,38	4,41	3,00	4,8	0,185
PRI	16,60	8,26	13,00	16,82	5,29	16,00	15,06	15,35	11,00	25,04	14,76	22,50	12,3	0,006*
PPI	3,60	1,34	3,00	2,82	1,08	2,00	2,91	1,33	3,00	3,23	1,24	3,00	2,1	0,536
PRI+PPI	20,20	9,44	16,00	19,64	5,55	19,00	17,91	16,05	15,00	28,27	15,76	25,00	11,1	0,011*
NWC	9,80	3,70	9,00	9,64	3,41	9,00	11,00	11,54	8,00	17,54	12,25	14,50	10,2	0,017*
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	30,00	12,37	23,00	29,27	8,44	28,00	28,91	27,45	22,00	45,81	27,72	39,50	11,2	0,010*

*p<0,05

Ağrı değerlendirmesinin her bir alt boyutu önceki çalışma statüsüne göre ayrı ayrı incelenerek Tablo 4.14’de verilmiştir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinden elde edilen bilgilere göre, duyuşsal ağrı değerlendirmesinin ortalamaları sırasıyla işçilerde 6,20, memurlarda 9,27, serbest meslek çalışanlarında 7,94 ve ev hanımlarında 11,19 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Duygusal ağrı değerlendirmesinin ortalamaları sırasıyla işçilerde 3,40, memurlarda 2,45, serbest meslek çalışanlarında 2,24 ve ev hanımlarında 5,50 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Değerlendirme ağrı değerlendirmesinin ortalamaları sırasıyla işçilerde 3,40, memurlarda 1,73, serbest meslek çalışanlarında 1,55 ve ev hanımlarında 2,96 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Toplam ağrı indeksi ortalamaları sırasıyla işçilerde 16.60, memurlarda 16,82, serbest meslek çalışanlarında 15,06 ve ev hanımlarında 25,04 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Seçilen tanımlayıcı sayısı ortalamaları sırasıyla işçilerde 9,80, memurlarda 9,64, serbest meslek çalışanlarında 11,00 ve ev hanımlarında 17,54 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı değerlendirmesinin toplam puan ortalamaları sırasıyla işçilerde 30.00, memurlarda 29,27, serbest meslek çalışanlarında 28,91 ve ev hanımlarında 45,81 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4. 15. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının GYA' nde Yardıma İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	<u>Duyan (n=6)</u>			<u>Bazen Duyan (n=17)</u>			<u>Duymayan (n=52)</u>			Kruskal- Wallis	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
Duyumsal	16,67	10,09	14,50	8,18	5,11	8,00	8,60	8,06	6,00	5,0	0,079
Duygusal	6,67	4,37	5,50	4,00	3,22	3,00	2,94	3,51	1,00	6,7	0,034*
Değerlendirme	2,83	1,94	2,50	2,29	1,31	2,00	2,08	1,70	2,00	1,7	0,418
Çeşitli	8,67	5,05	10,00	3,65	2,85	3,00	3,69	3,62	3,00	5,8	0,054
PRI	34,83	17,28	28,00	18,12	9,08	17,00	17,29	14,41	13,00	8,0	0,018*
PPI	4,33	1,03	5,00	2,71	0,92	3,00	3,02	1,31	3,00	7,0	0,029*
PRI+PPI	39,17	17,71	32,00	20,82	9,58	20,00	20,27	15,20	16,00	8,0	0,018*
NWC	26,00	17,54	20,00	12,24	5,96	11,00	11,73	10,68	8,50	7,0	0,029*
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	65,17	35,11	52,00	33,06	14,98	31,00	32,00	25,69	24,00	8,3	0,016*

p<0,05

Ağrı değerlendirilmesinin her bir alt boyutu GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre ayrı ayrı incelenerek Tablo 4. 15'de verilmiştir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinden elde edilen bilgilere göre, duygusal ağrı değerlendirilmesinin ortalamaları sırasıyla GYA'lerinde yardıma ihtiyaç duyanlarda 6,67, bazen ihtiyaç duyanlarda 4, ihtiyaç duymayanlarda 2,94 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Toplam ağrı indeksi ortalamaları sırasıyla GYA'lerinde yardıma ihtiyaç duyanlarda 34,83, bazen ihtiyaç duyanlarda 18,12 ihtiyaç duymayanlarda 17,29 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı şiddeti ortalamaları sırasıyla GYA'lerinde yardıma ihtiyaç duyanlarda 4,33, bazen ihtiyaç duyanlarda 2,71 ihtiyaç duymayanlarda 3,02 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Seçilen tanımlayıcı sayısı ortalamaları sırasıyla GYA'lerinde yardıma ihtiyaç duyanlarda 26 bazen ihtiyaç duyanlarda 12,24 ihtiyaç duymayanlarda 11,73 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı değerlendirilmesinin toplam puan ortalamaları sırasıyla GYA'lerinde yardıma ihtiyaç duyanlarda 65,17 bazen ihtiyaç duyanlarda 33,06 ihtiyaç duymayanlarda 32 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4. 16. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Huzurevinde Bulunma Süresine (Yıl) Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	<u><1 yıl (n=22)</u>			<u>1-5 yıl (n=37)</u>			<u>>5 yıl (n=16)</u>			Kruskal- Wallis	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
Duyumsal	6,82	6,80	5,00	9,35	8,15	8,00	11,88	8,21	9,50	5,0	0,081
Duygusal	3,05	3,68	2,00	2,86	3,33	2,00	5,50	3,69	6,00	6,7	0,034*
Değerlendirme	2,09	1,66	2,00	1,78	1,38	2,00	3,25	1,77	3,50	8,5	0,014*
Çeşitli	3,91	3,96	2,50	3,81	3,38	3,00	4,94	4,52	3,00	0,5	0,752
PRI	15,86	13,63	10,50	17,81	13,49	15,00	25,50	15,66	20,50	5,3	0,070
PPI	2,91	1,41	3,00	2,86	1,16	3,00	3,69	1,14	3,50	5,9	0,051
PRI+PPI	18,77	14,64	14,00	20,62	14,10	18,00	29,19	16,30	24,50	5,8	0,053
NWC	11,23	10,99	8,00	12,11	10,73	11,00	17,44	11,35	14,50	5,7	0,055
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	30,00	25,36	22,00	32,73	24,58	28,00	46,63	27,37	39,00	6,2	0,045*

*p<0,05

Ağrı değerlendirilmesinin her bir alt boyutu huzurevinde bulunma süresine (yıl) göre ayrı ayrı incelenerek Tablo 4.16'da verilmiştir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinden elde edilen bilgilere göre, duygusal ağrı değerlendirilmesinin ortalamaları sırasıyla huzurevinde 1 yıldan daha az kalanlarda 3,05, 1-5 yıl arası kalanlarda 2,86, 5 yıldan daha çok kalanlarda 5,50 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Değerlendirme ağrı değerlendirilmesinin ortalamaları sırasıyla huzurevinde 1 yıldan daha az kalanlarda 2,09, 1-5 yıl arası kalanlarda 1,78, 5 yıldan daha çok kalanlarda 3,25 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı değerlendirilmesinin toplam puan ortalamaları sırasıyla huzurevinde 1 yıldan daha az kalanlarda 30, 1-5 yıl arası kalanlarda 32,73, 5 yıldan daha çok kalanlarda 46,63 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlı bireylerin duygusal, çeşitli ağrı değerlendirilmesi, ağrı indeksi, ağrı şiddeti, seçilen tanımlayıcı sayısı ile huzurevinde bulunma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 4. 17. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Ağrının Derinliğine Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	<u>İç (Derin) Ağrı (n=54)</u>			<u>Dış (Yüzeyel) Ağrı (n=21)</u>			Mann-Whitney U	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
Duyumsal	9,87	8,22	8,00	7,28	6,79	6,00	449,0	0,163
Duygusal	3,87	3,74	3,00	2,47	3,14	1,00	434,0	0,110
Değerlendirme	2,22	1,65	2,00	2,09	1,60	2,00	541,5	0,747
Çeşitli	4,68	3,92	3,50	2,52	2,97	2,00	367,5	0,018*
PRI	20,64	14,72	16,50	14,33	12,22	12,00	401,0	0,050*
PPI	3,24	1,25	3,00	2,57	1,16	3,00	396,0	0,036*
PRI+PPI	23,85	15,39	20,50	16,90	13,17	15,00	395,0	0,042*
NWC	14,16	11,33	11,00	9,95	9,86	7,00	396,5	0,044*
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	38,01	26,43	30,00	26,85	22,87	21,00	391,0	0,038*

*p<0,05

Ağrı değerlendirmesinin her bir alt boyutu ağrının derinliğine göre ayrı ayrı incelenerek Tablo 4.17’de verilmiştir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinden elde edilen bilgilere göre, çeşitli ağrı değerlendirmesinin ortalamaları sırasıyla derin ağrı hissedenlerde 4,68 ve yüzeyel ağrı hissedenlerde 2,52 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Toplam ağrı indeksi ortalamaları sırasıyla derin ağrı hissedenlerde 20,64 ve yüzeyel ağrı hissedenlerde 14,33 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Ağrı şiddeti ortalamaları sırasıyla derin ağrı hissedenlerde 3,24 ve yüzeyel ağrı hissedenlerde 2,57 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel

değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Seçilen tanımlayıcı sayısı ortalamaları sırasıyla derin ağrı hissedenlerde 14,16 ve yüzeysel ağrı hissedenlerde 9,95 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı değerlendirmesinin toplam puan ortalamaları sırasıyla derin ağrı hissedenlerde 38,01 ve yüzeysel ağrı hissedenlerde 26,85 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4. 18. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Şu andaki İlaç Dışı Uygulamaları Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	Kullanan (n=32)			Kullanmayan (n=43)			Mann-Whitney U	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
Duyumsal	8,75	7,68	7,00	9,44	8,12	6,00	16,0	0,059
Duygusal	3,50	3,34	2,50	3,47	3,86	2,00	22,5	0,182
Değerlendirme	2,28	1,65	2,00	2,12	1,64	2,00	33,5	0,680
Çeşitli	4,16	3,69	3,00	4,02	3,91	3,00	24,0	0,231
PRI	18,66	14,10	15,50	19,05	14,57	15,00	12,5	0,029*
PPI	3,03	1,28	3,00	3,07	1,26	3,00	37,5	1,000
PRI+PPI	21,63	14,79	18,00	22,12	15,42	19,00	16,0	0,060
NWC	13,03	11,61	11,00	12,95	10,74	10,00	11,5	0,022
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	34,66	26,25	27,50	35,07	25,83	29,00	12,5	0,029*

p<0,05

Ağrı değerlendirmesinin her bir alt boyutu şu andaki ilaç dışı uygulamaları kullanma durumuna göre ayrı ayrı incelenerek Tablo 4.18’de verilmiştir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinden elde edilen bilgilere göre, toplam ağrı indeksi ortalamaları sırasıyla şu anda ilaç dışı uygulamaları kullananlarda 18,66, kullanmayanlarda 19,05 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Seçilen tanımlayıcı sayısı ortalamaları sırasıyla şu anda ilaç dışı uygulamaları kullananlarda 13,03, kullanmayanlarda 12,95 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Ağrı değerlendirmesinin toplam puan ortalamaları sırasıyla şu anda ilaç dışı uygulamaları kullananlarda 34,66, kullanmayanlarda 35,07 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4. 19. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Analjezikleri Düzenli Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	Kullanan (n=31)			Kullanmayan (n=44)			Mann-Whitney U	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
Duyumsal	11,97	7,78	9,00	7,16	7,43	5,00	382,5	0,001*
Duygusal	4,19	4,00	4,00	2,98	3,28	2,00	569,0	0,215
Değerlendirme	2,42	1,82	2,00	2,02	1,49	2,00	595,5	0,319
Çeşitli	4,61	3,95	3,00	3,70	3,68	3,00	557,5	0,257
PRI	23,19	14,01	22,00	15,84	13,81	13,00	422,5	0,005*
PPI	3,42	1,18	3,00	2,80	1,27	3,00	495,0	0,036*
PRI+PPI	26,61	14,66	25,00	18,59	14,58	15,50	418,5	0,005*
NWC	15,42	11,51	13,00	11,27	10,50	9,00	467,5	0,021*
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	42,03	25,85	39,00	29,86	24,90	24,00	431,0	0,007*

Ağrı değerlendirilmesinin her bir alt boyutu analjezikleri düzenli kullanma durumuna göre ayrı ayrı incelenerek Tablo 4.19'da verilmiştir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinden elde edilen bilgilere göre, duyumsal ağrı değerlendirilmesinin ortalamaları sırasıyla analjezikleri düzenli kullananlarda 11,97, kullanmayanlarda 7,16 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Toplam ağrı indeksi ortalamaları sırasıyla analjezikleri düzenli kullananlarda 23,19, kullanmayanlarda 15,84 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı şiddeti ortalamaları sırasıyla analjezikleri düzenli kullananlarda 3,42, kullanmayanlarda 2,80 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel

değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Seçilen tanımlayıcı sayısı ortalamaları sırasıyla analjezikleri düzenli kullananlarda 15,42, kullanmayanlarda 11,27 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı değerlendirmesinin toplam puan ortalamaları sırasıyla analjezikleri düzenli kullananlarda 42,03, kullanmayanlarda 29,86 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4. 20. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi, Ağrı Şiddeti, Seçilen Tanımlayıcı Sayısı ve Toplam Puan Ortalamalarının Ağrının GYA'ni Etkileme Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

GYA		PRI			Mann Whit-ney U	P	PPI			Mann Whit-ney U	P	NWC			Mann Whit-ney U	p	Toplam Puan (PRI+PPI+NWC)			Mann Whit-ney U	p
		$\bar{X}$	SS	Medyan			$\bar{X}$	SS	Medyan			$\bar{X}$	SS	Medyan			$\bar{X}$	SS	Medyan		
Fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam sağlama	Etkilenen	21,88	14,72	19,00	341,5	0,001*	3,36	1,16	3,00	367,0	0,003*	15,34	11,83	11,50	335,5	0,001	40,54	26,96	35,00	330,0	0,001*
	Etkilenmeyen	12,88	11,38	10,00			2,44	1,26	2,00			8,28	7,49	6,00			23,60	19,37	21,00		
Hareket	Etkilenen	21,86	15,38	19,50	388,5	0,008*	3,30	1,22	3,00	423,0	0,018*	15,30	12,12	12,00	363,0	0,003*	40,42	27,97	36,50	372,5	0,005*
	Etkilenmeyen	12,92	9,46	13,00			2,56	1,23	3,00			8,36	6,54	7,00			23,84	16,44	22,00		
Uyku	Etkilenen	21,59	14,59	18,00	400,5	0,008*	3,27	1,17	3,00	471,0	0,055	14,51	11,36	11,00	438,0	0,026*	39,33	26,27	31,00	414,5	0,013**
	Etkilenmeyen	13,77	12,35	11,50			2,65	1,35	3,00			10,12	10,02	7,00			26,54	23,23	21,50		
Vücut Isısı	Etkilenen	23,40	15,70	20,50	398,0	0,001*	3,43	1,24	3,00	445,0	0,005*	16,05	12,68	12,50	421,5	0,003*	42,83	28,78	37,00	401,5	0,002*
	Etkilenmeyen	13,71	10,45	12,00			2,63	1,17	3,00			9,49	7,58	8,00			25,83	18,55	23,00		
Boşaltım	Etkilenen	23,08	15,02	20,50	421,5	0,003*	3,42	1,15	3,00	473,0	0,011*	16,16	12,01	12,50	402,5	0,001*	42,61	27,34	37,00	408,0	0,002*
	Etkilenmeyen	14,57	12,22	12,00			2,68	1,27	3,00			9,73	9,01	7,00			26,97	21,83	21,00		
Çalışma ve Eğlenme	Etkilenen	22,95	16,39	20,00	484,5	0,020*	3,43	1,21	3,00	468,0	0,010*	16,03	13,26	12,00	503,0	0,034*	42,35	30,06	36,00	481,5	0,019*
	Etkilenmeyen	14,92	10,65	13,00			2,68	1,21	3,00			10,03	7,40	8,50			27,63	18,59	23,00		

Tablo 4. 20'nin Devamı

GYA		PRI			Mann Whit- ney U	p	PPI			Mann Whit- ney U	p	NWC			Mann Whit- ney U	p	Toplam Puan (PRI+PPI+NWC)			Mann Whit- ney U	p
		$\bar{X}$	SS	Medyan			$\bar{X}$	SS	Medyan			$\bar{X}$	SS	Medyan			$\bar{X}$	SS	Medyan		
İletişim	Etkilenen	23,75	15,90	21,00	411,0	0,002*	3,53	1,16	3,00	416,0	0,002*	16,94	13,06	13,00	408,0	0,002	44,17	29,32	37,50	397,0	0,001*
	Etkilenmeyen	14,38	10,99	12,00			2,62	1,21	3,00			9,33	7,22	8,00			26,33	18,75	23,00		
Kişisel Temizlik	Etkilenen	23,97	16,32	21,50	414,0	0,002*	3,53	1,23	3,00	417,0	0,002*	17,06	13,20	13,50	402,0	0,001*	44,50	29,93	39,00	391,5	0,001*
	Etkilenmeyen	14,18	10,21	12,00			2,62	1,14	3,00			9,23	6,85	8,00			26,03	17,51	23,00		
Ölüm	Etkilenen	23,16	15,23	20,50	450,0	0,011*	3,47	1,11	3,00	470,0	0,015*	15,63	12,33	12,00	479,5	0,025*	42,19	27,66	36,50	453,0	0,012*
	Etkilenmeyen	15,70	12,79	13,00			2,74	1,29	3,00			11,02	9,67	8,00			29,47	23,25	24,00		
Beslenme	Etkilenen	22,58	14,05	20,00	446,0	0,033*	3,46	,99	3,00	446,0	0,027*	15,15	11,18	11,50	474,0	0,069	41,19	25,52	37,00	442,5	0,030*
	Etkilenmeyen	16,92	14,14	13,00			2,84	1,34	3,00			11,84	10,91	9,00			31,55	25,63	24,00		
Solunum	Etkilenen	20,88	15,42	17,00	558,5	0,382	3,15	1,12	3,00	593,0	0,610	14,23	11,71	11,00	551,0	0,338	38,19	27,44	30,00	564,0	0,416
	Etkilenmeyen	17,82	13,67	14,00			3,00	1,34	3,00			12,33	10,74	10,00			33,14	25,05	28,00		
Cinsellik	Etkilenen	23,42	15,61	18,50	285,5	0,181	3,75	,97	4,00	229,0	0,025*	15,67	13,63	11,00	324,5	0,439	42,83	29,66	34,00	289,5	0,201
	Etkilenmeyen	18,02	13,97	13,00			2,92	1,27	3,00			12,48	10,54	10,00			33,38	25,02	27,00		

*p<0,05

Ağrı değerlendirmesinin her bir alt boyutu GYA'ni etkileme durumuna göre ayrı ayrı incelenerek Tablo 4.20'de verilmiştir.

Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal Yönden Güvenli Bir Ortam Sağlama Boyutu

Ağrı değerlendirme leğinden elde edilen bilgilere göre, toplam ağrı indeksi ortalamaları sırasıyla, ağrı sırasında GYA'lerinden fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam sağlama boyutu etkilenenlerde 21,88, etkilenmeyenlerde 12,88 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı şiddeti ortalamaları sırasıyla GYA'lerinden fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam sağlama boyutu etkilenenlerde 3,36, etkilenmeyenlerde 2,44 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Seçilen tanımlayıcı sayısı ortalamaları sırasıyla ağrı sırasında GYA'lerinden fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam sağlama boyutu etkilenenlerde 15,34, etkilenmeyenlerde 8,28 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı değerlendirmesinin toplam puan ortalamaları sırasıyla ağrı sırasında GYA'lerinden fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam sağlama boyutu etkilenenlerde 40,54, etkilenmeyenlerde 23,60 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Diğer Boyutları

Toplam ağrı indeksi ortalamaları ağrı sırasında GYA'lerinden hareket, uyku, vücut ısısı, boşaltım, çalışma ve eğlenme, iletişim, kişisel temizlik, ölüm ve beslenme puanları etkilenenlerde etkilenmeyenlere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı şiddeti ortalamaları ağrı sırasında GYA'lerinden hareket, vücut ısısı, boşaltım, çalışma ve eğlenme, iletişim, kişisel temizlik, ölüm, beslenme ve cinsellik puanları etkilenenlerde etkilenmeyenlere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Seçilen tanımlayıcı sayısı ortalamaları ağrı sırasında GYA'lerinden hareket, uyku, vücut ısısı, boşaltım, çalışma ve eğlenme, iletişim, kişisel temizlik ve ölüm puanları etkilenenlerde etkilenmeyenlere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı değerlendirmesinin toplam puan ortalamaları ağrı sırasında GYA'lerinden hareket, uyku, vücut ısısı, boşaltım, çalışma ve eğlenme, iletişim, kişisel temizlik, ölüm ve beslenme puanları etkilenenlerde etkilenmeyenlere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Huzurevinde yaşayan bireylerde ağrının değerlendirilmesi ve ağrıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesini saptamak amacıyla elde edilen bulgular iki ayrı bölümde ele alınarak tartışılmıştır;

- Yaşlı bireylerin ağrı öyküsüne ilişkin özellikleri
- Yaşlı bireylerin cinsiyet, önceki çalışma statüsü, GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma durumu, huzurevinde bulunma süresi, ilaç dışı uygulamaları kullanma durumu, analjezikleri düzenli kullanma durumuna göre ağrı ölçeği alt boyutları değerlendirmeleri

5. 1. Yaşlı bireylerin ağrı öyküsüne ilişkin özellikleri

5. 1. 1. Yaşlı Bireylerin Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) Puanlamasına Göre Ağrı Prevalansı

Amerika ve Avrupa ülkelerinde yaşayan yaşlı bireylerin ağrı prevalansının %70 olduğu bildirilmektedir^{29,48,52}. Huzurevinde kalan yaşlılar ile yapılan çalışmalarda da yaşlıların ağrı prevalansının %45-80 olduğu saptanmıştır^{42,43,60,64,76,89}. Ülkemizde toplum içinde yaşayan yaşlı bireylerde ağrı prevalansı, %25-50 arasında değişmektedir^{47,50,71}. Huzurevlerinde/ bakımevlerinde kalan yaşlı bireylerde ağrı prevalansı %45- 80'dir^{48,50,71}.

Yaşlı bireylerde ağrı prevalansı Tanrıverdi ve arkadaşları¹⁷ %64,7, Karadakovan ve arkadaşları⁹² %73,6, Yıldız ve arkadaşları⁵⁰ tarafından %57,9 olarak saptanmıştır. Blomqvist ve arkadaşları¹⁰¹ ile Ferrell ve arkadaşları¹²⁰ huzurevinde kalan yaşlıların ağrı prevalansını %75; Horner ve arkadaşları⁴⁵ %76; Brochet ve arkadaşları¹²¹ %71,5 olarak tespit etmişlerdir. Ferrell ve arkadaşları⁵⁴ tarafından yapılan başka bir çalışmada da %62 olarak ifade edilirken, Werner ve arkadaşları⁵² ile Jakobsson ve arkadaşları⁶⁵ tarafından %35-53 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Araştırmamızda yaşlı bireylerin Görsel Kıyaslama Ölçeği puanlamasına göre dağılımları incelendiğinde; huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %65,8' inin ağrısı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.3).

5. 1. 2. Yaşlı Bireylerde McGill Ağrı Ölçeğine Göre Ağrının Özellikleri

Yaşlı bireylerin tanımlanmayan ağrıdan zarar görme riski çok yüksektir^{38,42,45,51,52,63}. Blomqvist ve arkadaşları⁵¹ ile Jones ve arkadaşları⁶³ tarafından yapılan çalışmada büyük bir oranda saptanamayan ağrının olduğu vurgulanmıştır.

Ferrell ve arkadaşları⁵⁴ yaşlı bireylerin ortalama ağrı şiddetlerini rahatsız eden tarzda ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada ağrının ifade edilmesinde McGill Ağrı ölçeğinde seçilen tanımlayıcı sayısını oluşturan kelimeler bulunmaktadır. Bu 20 takım kelime grubundan Ferrell ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin ağrılarını ortalama 8,5 kelimeyle tanımladıkları belirtilmiştir. Toplam ağrı indeksi puanı 17, duymusal ağrı değerlendirme puanı 10, duygusal ağrı değerlendirme puanı 2, değerlendirme ağrı değerlendirme puanı 1, çeşitli ağrı değerlendirme puanı 3 olarak belirtilmiştir⁵⁴.

Araştırmamızda McGill Ağrı Ölçeği toplam puan ortalaması $30,20 \pm 22,92$ (3-101)'dir. Yaşlı bireyler ortalama ağrı şiddetlerini sıkıntı veren tarzda olarak ifade etmişlerdir. Yaşlı bireyler ağrılarını ortalama 9 kelimeyle tanımlamışlardır. Toplam ağrı indeksi puanı 13, duymusal ağrı değerlendirme puanı 6, duygusal ağrı değerlendirme puanı 1, değerlendirme ağrı değerlendirme puanı 2, çeşitli ağrı değerlendirme puanı 3 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda da yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrı puan ortalamalarının, Ferrell ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmayla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Yaşlı bireylerde ağrı çoğunlukla kas-iskelet sistem hastalıklarından kaynaklanmaktadır^{7,42,49,52,53,54,62,64,83}. Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin en yaygın deneyimledikleri ağrı yeri olarak baş, boyun, sırt, bel bölgesi ve alt ekstremiteler olarak ifade edilmektedir^{11,31,79,122}. Blomqvist⁵¹ ile Werner⁵² ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaşlıların en yaygın deneyimledikleri ağrı alt ekstremiteden kaynaklanan ağrılar daha sonra baş ve bel ağrısı olarak ifade edilmektedir. Brochet ve arkadaşları¹²¹ tarafından yaşlı bireylerin eklemlerde(%44,5), sırt(%29,6), diz-bacak(%22,9) bölgesinde ağrı hissettikleri saptanmıştır. Tanrıverdi ve arkadaşları¹⁷ tarafından yaşlı bireylerin en sık baş(%27,3), sırt-bel(%24,6) ve bacak-diz(%18,5); Yıldız ve arkadaşları⁵⁰ tarafından baş-boyun-göğüs(%47,3), bacak-elem(%40) bölgesinde ağrı hissettikleri belirtilmiştir.

Yaşlı bireylerde gerek kas-iskelet sistem hastalıkları gerekse farklı nedenlerden kaynaklanan ağrının şiddetinin orta- şiddetli düzeyde olduğu belirtilmektedir^{44,52}. Yaşlı bireylerde şiddetli oranda yaşadıkları ağrılar rahatlıkla ifade edilirken, hafif ve orta şiddette ağrı bildirimi azalmaktadır⁴⁴. Werner ve arkadaşları⁵² tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireyler ağrı şiddetini en çok sıkıntı veren tarzda yaşadıkları($\bar{X}=3,2 \pm 0,24$), Ferrell ve arkadaşları⁵⁴ tarafından yapılan çalışmada rahatsız edici tarzda hissettikleri($\bar{X}=2$) belirtilmiştir. Horner ve arkadaşları⁴⁵ yaşlı bireylerdeki ağrı düzeyi sırasıyla orta(%62), hafif(%34), şiddetli(%4) olarak belirtilmiştir. Karadakovan ve arkadaşları⁹² yaşlı bireylerdeki ağrı düzeyini rahatsız edici(%52,4), şiddetli(%35,7) olarak ifade etmişlerdir. Ağrının zamanla ilişkisine bakıldığında Werner ve arkadaşları⁵² tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin %27'sinin ağrılarının geçici, %34'ünün aralıklı ve %32'sininde sabit olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda yaşlı bireylerin McGill Ağrı Ölçeğindeki ağrının özelliklerine bakıldığında; %52'sinin alt ekstremitede ağrı hissettiği, %72'sinin ağrıyı içte (derinde) hissettiği belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin % 38,7'si ağrıyı sıkıntı veren tarzda hissetmekte olup ortalama $3,05 \pm 1,25$ 'dir. Ağrının zamanla ilişkisi incelendiğinde; yaşlı bireylerin %52,2'si ağrının geçici, %76,8'i aralıklı, %55'ide sabit olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.5). Araştırmamızda da yaşlı bireylerin ağrı özellikleri literatürle benzerlik göstermektedir.

Yaşlı bireyler ağrılarını tanımlarken ağrı kelimesinden çok kendi diline ve kültürüne uyan kelimeleri kullanmaktadırlar^{18,76,83}. Kamel ve arkadaşları⁷⁶ huzurevinde kalan yaşlıların ağrılarını ağrı kelimesinden çok rahatsızlık, acı, ıstırap olarak tanımladıklarını, Blomqvist ve arkadaşları⁵¹ ise acı, sızı, ıstırap olarak tanımladıklarını ifade etmektedirler. Araştırmamızda yaşlı bireylerin ağrı öyküsüne ilişkin özellikleri incelendiğinde; %54,7'si ağrıyı rahatsızlık, hastalık, hastalık habercisi olarak, %21,3'ü acı, sızı, ıstırap, dayanılması zor şey olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.6).

Yapılan çalışmalar sürekli, devam eden ağrının yaşlı insanlar arasında yaygın olduğunu göstermektedir^{71,113}. Hutt ve arkadaşları⁶⁹ huzurevinde kalan yaşlıların %70'inin, Blomqvist ve arkadaşları¹⁰¹ %75'inin, Brochet ve arkadaşları¹²¹ %32,9'unun ağrılarının tüm gün boyunca devam ettiğini belirtmişlerdir. Ülkemizde Tanrıverdi ve arkadaşları¹⁷ huzurevinde kalan yaşlıların %49,4'ünün, Yıldız ve arkadaşları⁵⁰ %30,9'unda ağrının tüm gün boyunca devam ettiğini ifade etmişlerdir. Çalışmamızda yaşlı bireylerin %36'sının ağrısının sürekli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

Ağrı hareket, sıcak, soğuk vb. nedenlerle ortaya çıkmaktadır^{101,113}. Yıldız ve arkadaşları⁵⁰ tarafından yapılan çalışmada ağrıyı ortaya çıkaran en büyük etken yaşlıların %32,7'sinde aktivite artışı ve zorlanma olup, %64,5'i ağrıyı geçirmek için ilaç almaktadır.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin %38,1'inde ağrıyı başlatan en büyük etken hareket ve %19,1'inde stres, sinirlenme, moral bozukluğu ve üzüntü, ağrıyı arttıran en büyük etkende %29,5'inde hareket ve %21,4'inde stres, sinirlenme ve üzüntü olup, ağrıyı azaltan en büyük etkeninde %37,2 ilaç kullanma olduğu belirtilmiştir (Tablo 4.6).

5. 1. 3. Yaşlı Bireylerin Ağrılarına Bağlı Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumları

Ağrı yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Orta ve şiddetli düzeyde ağrısı olan bireylerin uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu bildirilmektedir^{29,51,54,57,61,64,101,113}.

Ferrell ve arkadaşları¹²⁰ tarafından yapılan çalışmada ağrının yaşlı bireylerin %75'inin fonksiyonel yetenekleri üzerinde sürekli bir etkisi olduğu, farklı bir çalışmada da⁵⁴ yaşlı bireylerin günlük yaşamda ağrı nedeniyle en temel yaşam gereksinimlerini bile karşılayamadıkları saptanmıştır. Ferrell ve arkadaşları¹²⁰, Jones ve arkadaşları⁶³, Stein ve arkadaşları¹²³, Jakobsson ve arkadaşları⁶⁵, Kamel ve arkadaşları⁷⁶ tarafından yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin ağrılarına bağlı beslenme, boşaltım, hareket, uyku, giyinme, çalışma ve eğlence aktivitelerinin olumsuz yönde etkilenmesi, sosyalizasyonda azalma ve sıklıkla anksiyete, ajitasyon, depresyon sorunlarını yaşadıklarını saptamışlardır. Ülkemizde de Yıldız ve arkadaşları⁵⁰ tarafından yapılan çalışmada yaşlıların %69,1'i ağrının aktivitelerini, %27,3'ü iştahlarını, %30,9'u sosyal yaşantılarını,

%27,3'ü kendi kendilerine bakımlarını olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Bununla paralel olarak yaşam kalitelerinin azaldığı belirtilmiştir⁶⁵.

Araştırmamızda yaşlı bireylerin ağrılarına bağlı yarısından çoğunda **fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam hazırlama, hareket, uyku, vücut ısısı ve boşaltım** ile ilgili sorun yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.7). Literatür ve araştırmamız sonucunda elde edilen bulgular göz önünde bulundurulduğunda; ağrının yaşlı bireylerin GYA'ni gerçekleştirme durumlarını etkilediği söylenebilir.

5. 1. 4. Yaşlı bireylerin Ağrı İletimi ve Huzurevinden Aldıkları Hizmete İlişkin Memnuniyet Durumları

Ağrı kontrolünde önemli basamaklardan biri de yaşanan ağrının iletimi ve sağlık personeli tarafından değerlendirilmesidir^{63,78}. Literatürde yaşlı bireylerin ve sağlık bakım ekibinin ağrı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, ağrı nedeni ve giderilmesine ilişkin yanılgılara düşülmesi, yeni geliştirilen ağrı kontrol yöntemleri ve uygulamalarının yaygın olarak kullanılmaması ağrı iletimini etkileyen en büyük sorunlar olarak belirtilmiştir. Bunun sonucu olarak da sağlık bakım ekibinin yaşlı bireylerin ağrılarını onlardan daha düşük tahmin ettikleri gösterilmiştir^{18,59,64,67,70,73,74,77,78,113}.

Kamel ve arkadaşları⁷⁶, Blomqvist ve arkadaşları⁵¹, Werner ve arkadaşları⁵² ile Jones ve arkadaşları⁶³ tarafından yapılan çalışmalarda, huzurevinde kalan yaşlıların ağrılarını iletmede güçlük çektikleri belirtilmiştir. Ferrell ve arkadaşları¹²⁰ özellikle uzun süredir hareketsiz (immobil) ve aktif olmayan yaşlı bireylerin ağrılı durumlara sebep olan

davranışları göstermeyebileceğini belirtmişlerdir. Sengstaken ve King's tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin %43'ünün ağrı yaşamasına rağmen doktorlara %34'ünün; benzer şekilde Horgas ve Dunn tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin %49'unun ağrı yaşamasına rağmen hemşirelere %36'sının ağrılarını iletmediği belirtilmiştir^{51,67}.

Blomqvist⁵¹ ile Kamel⁷⁶ ve arkadaşları yaşlı bireylerin ağrılarını iletmemeye nedenini, ağrıyı yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmeleri, ağrı şikayetinin onların bakımını negatif etkileyebileceğine inanmaları ya da hastalığın ilerlemesi ile ölümlle ilişkilendirerek ağrının anlamından da korkmaları olarak ifade etmişlerdir. Blomqvist ve arkadaşları⁵¹ sağlık personeli tarafından tanımlanamayan ağrı, ağrısıyla kendisinin baş edebileceği düşüncesi ve ifade zorluklarının da ağrılarını iletmede büyük birer engel oluşturduğu belirlenmiştir. Cowan ve arkadaşlarının belirttiğine göre Yates ve arkadaşları, Closs ve arkadaşları ile Lansbury ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda yaşlı bireyler ve sağlık profesyonelleri ağrıyı yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak gördükleri ve bu sorumluluğu yüklenmek istemedikleri için yaşlı bireylerin ağrılarını iletmedikleri belirtilmiştir⁶⁷. Ferrell ve arkadaşları⁵⁴ yaşlı bireylerin %49 ağrılarını hemşireye, %44 doktora iletiklerini belirtmişlerdir.

Yaşın artmasıyla yaşlı insanların fonksiyon kapasitesi azalır ve birçok yaşlı bireyin bağımlılığı artar^{29,67,101}. Yaşlı bireyin ağrısının değerlendirilmesi de sözel tanımlamalarına, sözsüz dışavurumlarına ve empatiye bağlı olduğu için sağlık personeli ile yaşlı birey arasında iletişim problemleri sıklıkla meydana gelmektedir^{59,64,67,87}. Bu durumda da ağrısı olan yaşlı birey sağlık personeli dışındaki kişilerden yardım almaktadır. Blomqvist ve arkadaşları⁵¹ ile Werner ve arkadaşları⁵² yaşlı bireylerin ağrı yaşadıkları sırada iletişim konusunda sağlık personeli dışındaki kişilerden özellikle dil ve ifade etme konusunda güçlük yaşamaları nedeniyle yardım

aldıklarını saptamışlardır.

Araştırmamızda yaşlı bireylerin %57,3'ünün ağrısını iletmediği ve iletmesini engelleyen en büyük etkenler arasında ise yaşlı bireylerin %39,5'inin ağrısıyla kendisinin baş edebildiğini ve %16,2'sinin ağrıyı doğal olarak algıladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.10). Yaşlı bireylerin %42,7'si ağrılarını iletmekte ve en çok %53,1 ile hemşire ve %53,1 ile arkadaş, akrabaya iletmektedirler (Tablo 4.10). Yaşlı bireylerin %26,7'si ağrı yaşadıkları sırada sağlık personeli dışındaki kişilerden yardım aldıklarını en çok da %35 ile alışveriş ve %35 ile iletişim konusunda yardım aldıklarını belirtmektedirler (Tablo 4.10).

Yaşlı bireylerde ağrıya yönelik hizmet verilebilmesi için ilk aşamada yaşlı bireylerin ağrılarının değerlendirilmesi için uygun ağrı değerlendirme metotları, ölçekleri kullanılmaktadır^{51,57,63,67,69,99}. Blomqvist ve arkadaşları⁵¹, Ferrell ve arkadaşları⁵⁴ ile Achterberg ve arkadaşları⁶² tarafından yapılan çalışmalarda huzurevinde kalan yaşlı bireylerin ağrıya yönelik verilen hizmetlerden memnun olmadıkları belirtilmiş, bunun nedeni olarak, ağrının varlığını ciddi bir şekilde ölçecek ağrı değerlendirme skalalarının olmadığı ifade edilmiştir. Ferrell ve arkadaşları⁵⁴ tarafından ağrı tanımlayan yaşlı bireylerin %17'sinin, Jones ve arkadaşları⁶³ tarafından %15'inin herhangi bir ağrı değerlendirme skalası kullanmadığı saptanmıştır. Allcock ve arkadaşları⁷⁰ tarafından yapılan çalışmada huzurevlerinin %75'inde standardize bir ağrı değerlendirme aracının kullanılmadığı, %69'unda ağrı yönetimi ile ilgili yazılmış bir prosedürün olmadığı saptanmıştır. Blomqvist ve arkadaşları⁵¹ tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerdeki ağrı değerlendirilmesinin rutin bir şekilde kullanılmadığından, ağrı değerlendirilmesinin sözel duruma bağlı kaldığı belirtilmiştir. Hutt ve arkadaşları⁶⁹ tarafından yapılan çalışmada

huzurevinde kalan yaşı bireylerin birçoğu yetersiz ağrı kontrolünden şikayetçi olmuşlar ve daha iyi ağrı kontrolüyle fonksiyonlarının ve yaşam kalitelerinin daha iyi olacağını bildirmişlerdir.

Araştırmamızda yaşı bireylerin %66,7 huzurevinde ağrıya yönelik verilen hizmetlerden memnun, memnun olma nedenleri %64 ağrıları olduklarında ilgi gösterilmesi, memnun olmama nedenleri % 84 ağrıya yönelik tıbbi yardım sağlanamaması ve sağlık personelinin ilgisiz olması şeklinde ifade edilmiştir (Tablo 4.11).

5. 1. 5. Yaşı Bireylerin Şu Andaki Ağrı Deneyimiyle İlgili İlaç-İlaç Dışı Uygulamaları

Ağrı kontrolü için ilaç ve ilaç dışı uygulamaların bir arada kullanılması önerilmektedir. Blomqvist ve arkadaşları¹¹³ tarafından yapılan çalışmada yaşlılar arasında ağrı yönetiminde sıklıkla ilaç tedavisini tercih etmekle birlikte, ilgi dağıtıcı aktiviteler ve dinlenmenin de tercih edildiği belirtilmiştir. Horner ve arkadaşları⁴⁵ tarafından yapılan çalışmada yaşı bireylerin %86'sının ilaç tedavisi ya da ilaç dışı uygulamalardan birini kullandığı belirlenmiştir. Bununla birlikte ilaç uygulamaları ilaç dışı uygulamalara göre daha sıklıkla tercih edilmektedir^{113,124}. Literatürde yaşı bireylerde analjezik kullanım prevalansının %40-50 olduğu bildirilmektedir⁴⁸. Yaşı bireylerde analjezik kullanım oranını Ferrell ve arkadaşları⁵⁴ %80- 90, Allock ve arkadaşları⁷⁰ %75, Achterberg ve arkadaşları⁶² %60, Blomqvist ve arkadaşları¹¹³ %35- 55 olarak saptamışlardır.

Çalışmamızda da yaşı bireylerin şu andaki ağrı deneyimiyle ilgili %73,3'ünün analjezik ilaç kullandığı, %83,6'sında etkili olduğu

saptanmıştır (Tablo 4.8). Yaşlı bireylerdeki analjezik kullanım oranı literatürle benzerlik göstermektedir.

Analjezikler akut ve kronik ağrılarda ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar doğru dozda ve doğru zaman aralığında kullanıldığında %80-85 oranında ağrı kontrolünü sağlayabilmektedir. Bu bağlamda analjeziklerin ağrı başlamadan önce ve düzenli aralıklarla verilmesi önerilmektedir^{73,113}. Yapılan çalışmalarda en yaygın kullanılan ilaçlar asetaminofen grubu ilaçlar olarak belirtilmiştir. Asetaminofen grubu ilaçlar yaşlı bireylerde hafif ve orta derecede ağrılar için oldukça güvenli ilaçlar olarak gösterilmektedir^{44,48,70,71,99}. Pokela ve arkadaşları¹¹⁰ yaşlı bireylerin %50'sinin; Blomqvist ve arkadaşları⁵¹ %59'unun şu andaki ağrı deneyimiyle ilgili düzenli ilaç kullandığını belirtmişlerdir. Hutt ve arkadaşları⁶⁹ yaşlı bireylerin %40'ının şu andaki ağrı deneyimiyle ilgili düzenli ilaç kullanmakta olup, %22'sinin ilacın yan etkilerinden dolayı, %24'ünde ilaca gerek duymadan geçeceğine inandığından ilaç kullanmadığını belirlemişlerdir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin %58,7'si analjezik ilaçları düzenli kullanmamakta olup, nedenleri arasında en çok %59,1 her zaman kullanmaya gerek görmediklerini, %20,5 bağımlılık yapmasın diye sürekli kullanmadıklarını belirtmektedirler (Tablo 4.9).

Ağrı yönetiminde ilaç dışı uygulamalar daha az oranda kullanılmaktadır^{54,70,124}. Ferrell ve arkadaşları⁵⁴, Baier ve arkadaşları¹⁰⁰ ile Allock ve arkadaşları⁷⁰ tarafından yapılan çalışmalarda ilaç dışı uygulamaların kullanımının sınırlı olduğu belirtilmiştir.

Blomqvist ve arkadaşları¹¹³ tarafından yapılan çalışmada ve Blomqvist ve arkadaşlarının belirttiğine göre Davis ve Atwood, Conn, Hopman-Rock ve arkadaşları tarafından yaşlı bireylerin ilaç dışı uygulamalar arasında en sık hareket (fiziksel aktivite) ve dinlenmeyi uyguladıkları, en az sıcak, soğuk uygulama, TENS ve masaj tekniklerini uyguladıkları belirtilmiştir¹¹³. Allock ve arkadaşları⁷⁰ tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin %33'nün ilaç dışı herhangi bir uygulamayı yaptığı, %21'lik bir oranla en çok hareket'i uyguladıkları belirtilmiştir. Blomqvist ve arkadaşları¹¹³ yaşlı bireylerin %87'sinin bir ya da daha çok ilaç dışı uygulamayı kullandığı, %50'sinden fazlasının en çok hareket'i uyguladığı, %78'inin bir ya da daha çok bilişsel ve davranışsal ilaç dışı uygulamayı kullandığı, uygulamalardan en çok dikkati başka yöne çekmenin uygulandığı belirtilmiştir. Ferrell ve arkadaşları⁵⁴ tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin en çok %25'i ilaç dışı uygulamalardan en çok hareket'i uyguladığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin, %56,2'si ilaç dışı uygulamalardan en çok hareket'i, %18,7'si soğuk uygulamayı ve %12,5'i sıcak uygulamayı uygulamakta olup, %50'sinde hareketin, %18,7'sinde soğuk uygulamanın ve %12,5'inde de sıcak uygulamanın etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

5. 2. Yaşlı bireylerin cinsiyet, önceki çalışma statüsü, GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma durumu, huzurevinde bulunma süresi, ilaç dışı uygulamaları kullanma durumu, analjezikleri düzenli kullanma durumuna göre ağrı ölçeği alt boyutları değerlendirmeleri

5. 2. 1. Cinsiyete Göre Yaşlı Bireylerin McGill Ağrı Ölçeğinde Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamaları

Ağrıya karşı kadınlar erkeklerden, yaşlılar gençlerden daha duyarlı, daha sık ve daha uzun süren ağrı bildiriminde bulunmaktadır^{37,59,65,94}. Ülkemizde Gökoğlu⁴¹, Tanrıverdi¹⁷ ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda ağrı prevalansının kadınlarda daha yüksek olduğu ve cinsiyetin ağrı eşiğini etkilediği belirtilmektedir. Werner ve arkadaşları⁵² ile Jakobsson ve arkadaşları⁶⁵ tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerde daha çok kadınların ağrı bildiriminde bulunduğu belirlenmiştir.

McGill ağrı ölçeğinde toplam ağrı değerlendirmesi PRI (Ağrı İndeksi), NWC (Seçilen Tanımlayıcı Sayısı), PPI (Ağrı Şiddeti) değerlerinin toplamından oluşmaktadır. PRI (Ağrı İndeksi)'yı oluşturan duyumsal, duygusal, değerlendirme ve çeşitli olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Araştırmamızda cinsiyet ile ölçeğin toplam ağrı değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.13). Bu sonuç doğrultusunda kadınların erkeklere göre ağrıyı daha fazla ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin cinsiyetin PRI boyutunu oluşturan duyumsal, duygusal, değerlendirme ve çeşitli alt boyutlarına göre etkileme durumuna bakıldığında; kadınların erkeklere göre ağrı algılamalarının

daha yüksek olduğunu, duygusal olarak ağrıdan daha fazla etkilendiklerini ve ağrıdan kaynaklanan toplumsal rolleri üzerindeki etkilenmenin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin cinsiyetin NWC boyutunu etkileme durumuna bakıldığında; kadınların erkeklere göre ağrılarını tanımlamada daha çok kelime kullanarak ağrılarını daha iyi ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin cinsiyetin PPI boyutunu etkileme durumuna bakıldığında ise kadınlar ve erkekler arasında bir fark bulunmamaktadır. Bununla birlikte toplam ağrı değerlendirmeleri (PRI+NWC+PPI) ile cinsiyet arasında anlamlı bir farkın olması cinsiyetin ağrı değerlendirmesi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

5. 2. 2. Önceki Çalışma Statüsüne Göre Yaşlı Bireylerin McGill Ağrı Ölçeğinde Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamaları

Tanrıverdi ve arkadaşları¹⁷ tarafından yapılan çalışmada önceki çalışma statüsü ev hanımı ve işçi olan yaşlı bireylerin diğer gruplara göre ağrı prevalansının daha yüksek olduğu ve ağrıyı daha çok deneyimledikleri görülmüştür.

Araştırmamızda önceki çalışma statüsü ile ölçeğin toplam ağrı değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.14). Bu sonuç doğrultusunda ev hanımlarının diğer bireylere göre ağrıyı daha fazla ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin önceki çalışma statüsünün PRI boyutunu oluşturan duygusal, duygusal, değerlendirme ve çeşitli alt boyutlarına göre etkileme durumuna bakıldığında; ev hanımlarının diğer bireylere göre ağrı algılamalarının daha yüksek olduğunu, duygusal olarak ağrıdan daha fazla etkilendiklerini, işçilerin ise

diğer bireylere göre ağrıdan kaynaklanan toplumsal rolleri üzerindeki etkilenmenin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin önceki çalışma statüsünün NWC boyutunu etkileme durumuna bakıldığında; ev hanımlarının diğer bireylere göre ağrılarını tanımlamada daha çok kelime kullanarak ağrılarını daha iyi ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin önceki çalışma statüsünün PPI boyutunu etkileme durumuna bakıldığında ise bireylerin önceki çalışma statüsüyle arasında bir fark bulunmamaktadır. Bununla birlikte toplam ağrı değerlendirmeleri ile önceki çalışma statüsü arasında anlamlı bir farkın olması önceki çalışma statüsünün ağrı değerlendirmesi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

5. 2. 3. GYA'nde Yardıma İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Yaşlı Bireylerin McGill Ağrı Ölçeğinde Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamaları

Yapılan çalışmalar, sürekli ağrının yaşlı insanlar arasında yaygın olduğunu ve bu problemten dolayı günlük yaşamları için profesyonel yardıma ihtiyaç duyan birçok kişinin olduğunu göstermiştir^{49,62,113}. Werner ve arkadaşları⁵² ile Ferrell ve arkadaşları⁵⁴ tarafından yapılan çalışmalarda ağrısı olan GYA'nde yardıma ihtiyaç duyanların ağrıyı daha fazla ifade ettikleri belirtilmiştir. Jakobsson ve arkadaşları⁶⁵ tarafından yapılan çalışmada ağrısı olan yaşlı bireylerle ağrısı olmayan yaşlı bireyler karşılaştırıldığında ağrısı olan yaşlı bireylerin önemli derecede GYA'nde yardıma ihtiyaç duydukları belirtilmiştir.

Araştırmamızda ağrı yaşayanların GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma durumu ile ölçeğin toplam ağrı değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.15). Bu sonuç doğrultusunda

GYA'nde yardıma ihtiyaç duyanların diğer bireylere göre ağrısı daha fazla ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma durumunun PRI boyutunu oluşturan duyumsal, duygusal, değerlendirme ve çeşitli alt boyutlarına göre etkileme durumuna bakıldığında; GYA'nde yardıma ihtiyaç duyanların diğer bireylere göre duygusal olarak ağrıdan daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir. Ölçeğin GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma durumunun NWC boyutunu etkileme durumuna bakıldığında; GYA'nde yardıma ihtiyaç duyanların diğer bireylere göre ağrılarını tanımlamada daha çok kelime kullanarak ağrılarını daha iyi ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma durumunun PPI boyutunu etkileme durumuna bakıldığında; GYA'nde yardıma ihtiyaç duyanların diğer bireylere göre ağrılarını daha şiddetli hissettikleri söylenebilir. Bu doğrultuda toplam ağrı değerlendirmeleri ile ağrı yaşayanların GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma durumunun arasında anlamlı bir farkın olması GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma durumunun ağrı değerlendirmesi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

5. 2. 4. Huzurevinde Bulunma Süresine (Yıl) Göre Yaşlı Bireylerin McGill Ağrı Ölçeğinde Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamaları

Werner ve arkadaşları⁵² tarafından yapılan çalışmada ağrı ile huzurevinde bulunma süresi arasında bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmiştir.

Araştırmamızda huzurevinde bulunma süresi ile ölçeğin toplam ağrı değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.16). Bu sonuç doğrultusunda huzurevinde 5 yıldan daha fazla kalan bireylerin diğer bireylere göre ağrısı daha fazla ifade ettikleri

söylenabilir. Ölçeğin huzurevinde bulunma süresinin PRI boyutunu oluşturan duyumsal, duygusal, değerlendirme ve çeşitli alt boyutlarına göre etkileme durumuna bakıldığında; huzurevinde 5 yıldan daha fazla kalan bireylerin diğer bireylere göre duygusal olarak ağrıdan daha fazla etkilendiklerini ve ağrıdan kaynaklanan toplumsal rolleri üzerindeki etkilenmenin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin huzurevinde bulunma süresinin NWC ve PPI boyutunu etkileme durumuna bakıldığında ise huzurevinde bulunma süresini arasında bir fark bulunmamaktadır. Bununla birlikte toplam ağrı değerlendirmeleri ile huzurevinde bulunma süresi arasında anlamlı bir farkın olması huzurevinde bulunma süresinin ağrı değerlendirmesi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

5. 2. 5. İlaç Dışı Uygulamaları Kullanma Durumuna Göre Yaşlı Bireylerin McGill Ağrı Ölçeğinde Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamaları

Farmakolojik olmayan tekniklerin huzurevlerindeki ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi üzerinde olumlu bir gelişime sahip olduğu düşünülmektedir^{49,51,70}. Allcock ve arkadaşları⁷⁰ tarafından yapılan çalışmada ilaç dışı uygulamaların kullanılmasının huzurevlerinde %59 oranında ağrı değerlendirilmesini, %50 oranında da ağrı yönetimini etkilediği belirtilmiştir.

Araştırmamızda ilaç dışı uygulamaları kullanma durumu ile ölçeğin toplam ağrı değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.18). Bu sonuç doğrultusunda ilaç dışı uygulamaları kullanmayan bireylerin kullanan bireylere göre ağrıyı daha fazla ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin ilaç dışı uygulamaları kullanma

durumunun NWC boyutunu etkileme durumuna bakıldığında; ilaç dışı uygulamaları kullanmayanların kullananlara göre ağrılarını tanımlamada daha çok kelime kullanarak ağrılarını daha iyi ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin ilaç dışı uygulamaları kullanma durumunun PRI boyutunu oluşturan duyumsal, duygusal, değerlendirme ve çeşitli alt boyutlarını ve PPI boyutunu etkileme durumuna bakıldığında; ilaç dışı uygulamaları kullanma ya da kullanmama durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bununla birlikte toplam ağrı değerlendirmeleri ile ilaç dışı uygulamaları kullanma durumu arasında anlamlı bir farkın olması ilaç dışı uygulamaları kullanma durumunun ağrı değerlendirmesi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

5. 2. 6. Analjezikleri Düzenli Kullanma Durumuna Göre Yaşlı Bireylerin McGill Ağrı Ölçeğinde Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamaları

Werner ve arkadaşları⁵² tarafından yapılan çalışmada ağrı ile analjezik ilaçları düzenli kullanma arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Araştırmamızda ağrı yaşayan bireylerin analjezikleri düzenli kullanma durumu ile ölçeğin toplam ağrı değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.19). Bu sonuç doğrultusunda analjezikleri düzenli kullananların kullanmayanlara göre ağrıyı daha fazla ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin analjezikleri düzenli kullanma durumunun PRI boyutunu oluşturan duyumsal, duygusal, değerlendirme ve çeşitli alt boyutlarına göre etkileme durumuna bakıldığında; analjezikleri düzenli kullananların kullanmayanlara göre ağrı algılamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin analjezikleri düzenli kullanma

durumunun NWC boyutunu etkileme durumuna bakıldığında; analjezikleri düzenli kullananların kullanmayanlara göre ağrılarını tanımlamada daha çok kelime kullanarak ağrılarını daha iyi ifade ettikleri söylenebilir. Ölçeğin analjezikleri düzenli kullanma durumunun PPI boyutunu etkileme durumuna bakıldığında; analjezikleri düzenli kullananların kullanmayanlara göre ağrıyı daha şiddetli hissettikleri söylenebilir. Bu doğrultuda toplam ağrı değerlendirmeleri ile analjezikleri düzenli kullanma durumu arasında anlamlı bir farkın olması analjezikleri düzenli kullanma durumunun ağrı değerlendirmesi üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

6. SONUÇ

6. 1. Sonuçlar

Huzurevinde yaşayan bireylerin ağrılarının değerlendirilmesi ve ağrılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

6. 1. 1. Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin çoğunluğunun kadın, yaş ortalamasının $71,4 \pm 9,0$; %29,3'ünün ilkokul mezunu, %34,6'sının ev hanımı olduğu, büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu, gelirlerinin giderlerini karşıladığı, doğum yerinin ve en çok yaşanılan yerin Akdeniz bölgesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

6. 1. 2. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %49,4'ünün 1-5 yıldır huzurevinde bulunduğu, %57,4'ünün yakınlarıyla yüz yüze hiç görüşmediği, %49,3'ünde yakınlarıyla telefonla hiç görüşmediği saptanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %82,7'sinin odada arkadaşıyla birlikte kaldığı, %30,7'sinin günlük yaşantısında aktivitelerini gerçekleştirirken yardıma ihtiyaç duyduğu, %70,7'sinin sigara içmediği ve bırakmış, %94,6'sının da alkol içmediği ve bırakmış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

6. 1. 3. Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerde kas- iskelet sistem hastalıklarının ortalama görülme süresi $11,67 \pm 13,91$ olup, minimum 1yıl, maksimum 60 yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Yaşlı bireylerin %89,3'ü

ilaç kullanmakta, %77,61'i analjezik ve %53,73'ü antihipertansif ilaç kullanmaktadır (Tablo 4.4).

6. 1. 4. Yaşlı Bireylerin McGill Ağrı Ölçeğine Göre Ağrı Değerlendirmeleri:

Yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrının özellikleri incelendiğinde; %52'sinin alt ekstremitelerde ağrı hissettiği, %72'sinin ağrıyı derinde hissettiği, %38,7'sinin ağrıyı sıkıntı veren tarzda hissetmekte olduğu ve ortalamasının $3,05 \pm 1,25$ olduğu saptanmıştır. Ağrının zamanla ilişkisi incelendiğinde; yaşlı bireylerin %52,2'sinin ağrıların geçici, %76,8'inin aralıklı, %55'ininde sabit olduğunu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

6. 1. 5. Yaşlı bireylerin ağrı öyküsüne ilişkin özellikleri incelendiğinde; ağrıyı ağrıyı başlatan en büyük etkenin %38,1 hareket ve %19,1 stres, sinirlenme, moral bozukluğu ve üzüntü, ağrıyı arttıran en büyük etkenin %29,5 hareket ve %21,4 stres, sinirlenme ve üzüntü olduğu, ağrıyı azaltan en büyük etkeninde %35,4 ilaç kullanma olduğu görülmüştür. Yaşlı bireylerin %5,3'ünün ağrıda ilaçlara yönelik bilgi alırken, %9,3'ünün ilaç dışı uygulamalara yönelik bilgi aldığı saptanmıştır. Yaşlı bireylerin %61,3'ü geçmişteki ağrı deneyimiyle ilgili ilaç kullanmakta olup %80,4'ünde etkili olduğu, %56,2'si ilaç dışı uygulamalardan en çok hareket'i uygulamakta olup %43,7'sinde etkili olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).

6. 1. 6. Ağrıya Bağlı Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumu:

Yaşlı bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam hazırlama, hareket, uyku, vücut ısısı, çalışma ve eğlenme, boşaltım aktivitelerinin diğer GYA ile karşılaştırıldığında sorun yaşama oranlarının daha yüksek olduğu ve bu alanlarda daha fazla sorun yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 4.7).

6. 1. 7. Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin %57,3'ünün ağrılarını iletmedikleri ve ağrıyı iletmelerini engelleyen en büyük etkenler %39,5 ile ağrıya kendilerinin baş edebildikleri ve %16,2 ile ağrıyı doğal olarak algıladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.10).

6. 1. 8. Yaşlı bireylerin huzurevinde ağrıya yönelik verilen hizmetlerden memnun olma durumu %66,7 olup, memnun olma nedenleri ağrıları olduklarında ilgi gösterilmesi olurken, memnun olmama nedenleri ağrıya yönelik tıbbi yardım sağlanamaması ve sağlık personelinin ilgisiz olması olarak gösterilmiştir (Tablo 4.11).

6. 1. 9. Cinsiyetin Ağrı Üzerine Etkisi: Cinsiyet ile ağrı değerlendirme alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; kadın bireylerin duyumsal, duygusal, değerlendirme, seçilen tanımlayıcı sayısı, toplam ağrı indeksi, ve toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.13).

6. 1. 10. Önceki Çalışma Statüsünün Ağrı Üzerine Etkisi: Önceki çalışma statüsü ile ağrı değerlendirme alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; ev hanımlarının duyumsal, duygusal, seçilen tanımlayıcı sayısı, toplam ağrı indeksi ve toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.14).

6. 1. 11. GYA'nde Yardıma İhtiyaç Duyma Durumunun Ağrı Üzerine Etkisi: GYA'de yardıma ihtiyaç duyma durumu ile ağrı değerlendirme alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; GYA'lerinde yardıma ihtiyaç duyanların

duygusal, seçilen tanımlayıcı sayısı, toplam ağrı indeksi ve toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.15).

6. 1. 12. Huzurevinde Bulunma Süresinin Ağrı Üzerine Etkisi: Huzurevinde bulunma süresi ile ağrı değerlendirme alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; huzurevinde 5 yıldan daha fazla kalan bireylerin duygusal, değerlendirme ve toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.16).

6. 1. 13. İlaç Dışı Uygulamaları Kullanma Durumunun Ağrı Üzerine Etkisi: Şu andaki ilaç dışı uygulamaları kullanma durumu ile ağrı değerlendirme alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; şu andaki ilaç dışı uygulamaları kullanmayan bireylerin toplam ağrı indeksi, seçilen tanımlayıcı sayısı ve toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.18).

6. 1. 14. Analjezikleri Düzenli Kullanma Durumunun Ağrı Üzerine Etkisi: Analjezikleri düzenli kullanma ile ağrı değerlendirme alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; analjezikleri düzenli kullanan bireylerin duyuşsal, toplam ağrı indeksi, ağrı şiddeti, seçilen tanımlayıcı sayısı ve toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.19).

6. 2. Öneriler

Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Yaşlı bireylere ağrı ile ilgili bilgilendirmenin yapılması,
- Yaşlı bireylerin ağrılarının değerlendirilmesini kolaylaştırmak ve ağrılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla ağrının çok boyutlu objektif ölçüm araçları ile tanımlanıp değerlendirilmesi,
- Huzurevlerinde ağrıya yönelik prosedürlerin oluşturulup uygulanması,
- Yaşlı bireylere farmakolojik yöntemler içerisinde yer alan analjezikler ve düzenli kullanım konusunda bilgi verilmesi,
- Yaşlı bireylere ağrı kontrolünde kullanılabilecek farmakolojik olmayan yöntemler konusunda bilgi verilmesi,
- Sağlık ekibinin multidisipliner bir yaklaşım ile huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin ağrılarını değerlendirerek ve etkileyen faktörleri belirleyerek bireyleri destekleyici, planlı ve sürekli bir hizmet sunması önerilebilir.

7. ÖZET

Kara H., Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrıyı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma; Huzurevinde yaşayan bireylerde ağrının değerlendirilmesi ve ağrıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla, 01.08.2010-01.11.2010 tarihleri arasında Antalya sınırları içinde yer alan, 3 huzurevinde yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş ve 145 yaşlı birey araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuş anket formu, Standardize Mini Mental Test, Görsel Kıyaslama Ölçeği ve McGill ağrı ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda huzurevinde yaşayan bireylerin tanıtıcı ve ağrı öyküsüne ilişkin sorulara yer verilmiştir. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H ve korelasyon testleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda cinsiyet, önceki çalışma statüsü, huzurevinde bulunma süresi, GYA'nde yardıma ihtiyaç duyma, ilaç dışı uygulamaları kullanma, analjezikleri düzenli kullanma durumu ile ağrı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşlı bireylerde ağrının kapsamlı ve objektif yöntemlerle değerlendirilmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Ağrı değeriendirmesi, hemşirelik, yaşlılık, huzurevi.

8. SUMMARY

Kara H., Determining of Factors Affecting of Pain and Assessment of Pain in Individuals Living in Nursing Home, Gazi University, Institute of Health Sciences, Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2011.

This descriptive study aimed to determine factors of pain and assesment of pain in individuals living in nursing home. The study has been performed three nursing home which were located in Antalya between 01.08.2010 and 01.11.2010. The sample was composed stratified sampling method and total 145 elderly people were included.

Data were collected using questionnaire, Standardized Mini Mental Test, Visual Analog Scale and McGill pain questionnaire which was developed by resarcher based on the literature. The questionnaire consists demographic and pain history as well as the questions about individuals living in nursing homes. The data was analysed using descriptive statistics, Chi-square, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis H and correlation tests.

The results of this study showed that gender, previous work status, duration of nursing home, needing help in activities of daily living, the current applications of non-drug use, regular use case analgesics were associated with pain. Comprehensive and objective methods to assess pain in elderly individuals, suggestions were made.

Keywords: Assesment of pain, nursing, old age, nursing home.

9. KAYNAKLAR

1. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ İ. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (2): 105-110.
2. Karan A, Eskiuyurt N, Öncel A. Yaşlılarda Ağrı Sorunu ve Nonsteroid Antiinflatuar İlaç Kullanımı. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1999; 1(2):1-5.
3. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 232-239.
4. Bölükbaş N, Arslan H. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönlerinin İncelenmesi. Düşünen Adam Dergisi 2003; 16 (4): 235-239.
5. Gökçe Kutsal Y. Neden Geriatri. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2009; 55 (2): 51-56.
6. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2010; 49 (3): 39-45.
7. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir’de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları. Osmangazi Üniversitesi Tıp Dergisi 2005; 14 (5): 113-119.

8. Bahar G, Bahar A, Savaş H A. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4 (12): 85-98.
9. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2 (4): 32-39.
10. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan Dünya. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2006; 52: 6-11.
11. Bıyık A, Özgür G, Özsoy S A, Erefe İ, Emeç A U, Özer M, Ergül Ş, Dülgerler Ş. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları. Geriatri Dergisi 2002; 5 (2): 68-74.
12. Terakye G, Güner P. Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem: Yaşlılık. Kriz Dergisi 1995; 5 (2): 95-101.
13. Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu S A, Doruk C, Dokur U, Biçici V, Gülen T, Dursun A, Erayman A, Ertekin Ö. Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2008; 11 (1): 12-17.
14. Bilir N. Yaşlanan Toplum. İçinde: GÖKÇE KUTSAL Y. Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2004: 1-9.

15. Öz F. Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. Kriz Dergisi 2002; 10 (2): 17-28.
16. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. Geriatri Dergisi 2000; 3 (4): 133-140.
17. Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyağcıoğlu N, Sezgin H, Karaman H Ö, Korkut M. Yaşlı Popülasyonunda Ağrı. Türk Geriatri Dergisi 2009; 12 (4): 190-197.
18. Eti Aslan F. Postoperatif Ağrı Yaşlıların Kaderi Mi?. Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 6 (2): 57-66.
19. Özyalçın S, Dinçer S. Yaşlılarda Ağrı. Klinik Gelişim 2007; 128-135.
20. Aksoydan E. Are Developing Countries Ready for Ageing Populations? An Examination on the Socio- Demographic, Economic and Health Status of Elderly in Turkey. Türk Geriatri Dergisi 2009; 12 (2): 102-109.
21. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division: World Population Ageing 1950-2050. [online]. 2010 (cited 2011 May 20). Available from: URL: <http://www.un.org/esa/population/ouublications/worldageing/>.

- 22.** Shrestha LB. Population Aging in Developing Countries. Health Affairs 2000; 19 (3): 204-212.
- 23.** Altıparmak S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2009; 23 (3): 159-164.
- 24.** Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı [internette]. 2007 [29.05.2011 okundu]. elektronik adresi: <http://ekutup.dpt.gov.tr/>.
- 25.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Enstitü; 2008.
- 26.** Politika Dökümanı Kadın ve Sağlık [internette]. 2008 [29.05.2011 okundu]. elektronik adresi: <http://www.ksgm.gov.tr>.
- 27.** Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Geriatri Dergisi 2002; 5 (4): 155-159.
- 28.** Telatar T G, Özcebe H. Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (3): 162-165.
- 29.** Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların Sağlık Bakım Gereksinimleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009; 31: 367-373.

- 30.** Uncu Y, Özçakır A, Sadıkoğlu G, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N. Bursa Huzurevi Yaşlılarının Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Taraması Sonuçları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 28 (3): 65-69.
- 31.** Aylaz R. Güneş G. Karaoğlu L. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12 (3): 177-183.
- 32.** Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. Sosyal Bilimler Dergisi 2005; 29 (1): 23-63.
- 33.** Aydemir Ç. Türkiye’de Yaşlı İntiharları. Kriz Dergisi 1999; 7 (1): 21-25.
- 34.** Soygür H. Bakımevlerinde Yaşlı Bakımı ve Psikolojik Değerlendirme. Demans Dizisi 2000; 1: 32-40.
- 35.** Samancıoğlu S, Karadakovan A. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5 (13): 125-141.
- 36.** Langford M R. Pain Management Today-What Have We Learned?. Clinical Rheumatol 2006; 25 (1): 2-8.
- 37.** Düzel V. Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırmaları. Yüksek Lisans. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2008.

- 38.** Sloman R, Ahern M, Wright A, Brown L. Nurses' Knowledge of Pain in the Elderly. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001; 21 (4): 317-322.
- 39.** Cavalieri T A. Pain Management in the Elderly. *The Journal of the Osteopathic Association* 2002; 102 (9): 481-485.
- 40.** Kaasalainen S, Molloy D W. Pain and Aging. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001; 32-35.
- 41.** Gökoğlu F, Erdem H R, Ceceli E, Arıncı İ N, Yorgancıoğlu Z R. Yaşlı Popülasyondaki Basınç Ağrı Eşiğinin Analizi. *Türk Geriatri Dergisi* 2001; 4 (3): 113-115.
- 42.** American Geriatry Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50 (6): 205-224.
- 43.** Gagliese L. Pain and Aging: The Emergence of A New Subfield of Pain Research. *The Journal of Pain* 2009; 10 (4): 343-353.
- 44.** Öztürk G B, Karan M A. Yaşlıda Ağrıya Yaklaşım. *Akademik Geriatri Dergisi* 2009; 1: 31-44.
- 45.** Horner J K, Hanson L C, Wood D, Silver A G, Reynolds K S. Using Quality Improvement to Address Pain Management Practices in Nursing Homes. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 30 (3): 271-277.

- 46.** Flaherty E. Using Pain-Rating Scales with Older Adults. *American Journals Nursing* 2008; 108 (6): 41-47.
- 47.** Akkoç Y, İrdesel J, Şenel K. Yaşlılara Özgü Sorunlar: Üriner İnkontinans, Ağrı, İmmobilizasyon. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2009; 55: 62-66.
- 48.** Usta Yeşilbalkan Ö. Yaşlı Bireylerde Ağrı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007; 23 (2): 131-144.
- 49.** Ferrell B A. Pain Evaluation and Management in the Nursing Home. *Annals of Internal Medicine* 1995; 123 (9): 681-687.
- 50.** Yıldız A, Erol S, Ergün A. Bir Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Ağrı ve Depresyon Riski. *Türk Geriatri Dergisi* 2009; 12 (3): 156-164.
- 51.** Blomqvist K, Hallberg I R. Pain in Older Adults Living in Sheltered Accommodation-Agreement between Assessment by Older Adults and Staff. *Journal of Clinical Nursing* 1999; (8): 159-169.
- 52.** Werner P, Cohen-Mansfield J, Watson V, Pasis S. Pain in Participants of Adult Day Care Centers: Assessment by Different Raters. *Journal of Pain and Symptom Management* 1998; 15 (1): 8-17.
- 53.** Wheeler M S. Pain Assessment and Management in the Patient With Mild to Moderate Cognitive Impairment. *Home Healthcare Nurse* 2006; 24 (6): 354-359.

- 54.** Ferrell B A, Ferrell B R, Rivera L. Pain in Cognitively Impaired Nursing Home Patients. Journal of Pain and Symptom Management 1995; 10 (8): 591-598.
- 55.** Roden A, Sturman E. Assessment and Management of Patients with Wound-Related Pain. Nursing Standard 2009; 23 (45): 53-62.
- 56.** Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N. Kronik Ağrılı Hastalarda Depresyon Düzeyinin Ağrı Şiddeti ve Süresi İle İlişkisinin Araştırılması, New Symposium Journal 2006;44 (4): 178-181.
- 57.** Schofield P, Omahony S, Collect B, Potter J. Guidance for the Assessment of Pain in Older Adults: A Literature Review 2008; 17 (14): 914-918.
- 58.** Erdine S. Ağrı Mekanizmaları. Klinik Gelişim 2007; 7-17.
- 59.** Güneş Ü Y, Eşer İ, Khorshid L. Hekim ve Hemşirelerin Hastaların Yaş ve Cinsiyetine Göre Ağrıya İlişkin Verdikleri Yanıtlara İlişkin İnanışları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21 (1): 145-156.
- 60.** Collett B, Mahoney S O, Schofield P, Closs S J, Potter J. The Assesment of Pain in Older People. Clinical Medicine 2007; 7 (5): 496-500.
- 61.** Çöçelli L P, Bacaksız B D, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14: 53-58.

- 62.** Achterberg W P, Pot A M, Scherder E J, Ribbe M W. Pain in the Nursing Home: Assessment and Treatment on Different Types of Care Wards. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007; 34 (15): 480-487.
- 63.** Jones K R, Fink R, Hutt E, Vojir C, Pepper G A, Scott-Cawiezell J, Mellis K. Measuring Pain Intensity in Nursing Home Residents. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 30 (6): 519-527.
- 64.** Chu L, Schnelle F J, Cadogan P M, Simmons F S. Using the Minimum Data Set to Select Nursing Home Residents for Interview About Pain. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004; 52 (12): 2057-2061.
- 65.** Jakobsson U, Klevsgard R, Westergren A, Hallberg I R. Old People Pain: A Comparative Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2003; 26 (1): 625-636.
- 66.** Ferrell B R. The Impact of Pain on Quality of Life. *Nursing Clinics of North America* 1995; 30 (4): 609-624.
- 67.** Cowan D T, Fitzpatrick J M, Roberts J D, While A E, Baldwin J. The Assessment and Management of Pain Among Older People in Care Homes: Current Status and Future Directions. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40: 291-298.
- 68.** Kara H, Abay E. Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1 (2): 89-99.

- 69.** Hutt E, Pepper A G, Vojir C, Fink R, Jones K R. Assessing the Appropriateness of Pain Medication Prescribing Practices in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006; 54 (2): 231-239.
- 70.** Allcock N, Mcgarry J, Elkan R. Management of Pain in Older People with in the Nursing Home: A Preliminary Study. *Health and Social Care in the Community* 2002; 10 (6): 464-471.
- 71.** Gökçe Kutsal Y. Temel Geriatri. 2. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007.
- 72.** Noble B, Clark D, Meldrum M, Seymour J, Winslow M, Paz S. The Measurement of Pain, 1945-2000. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 29 (1): 14-21.
- 73.** Eti Aslan F, Badır A. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. *Ağrı Dergisi* 2005; 17 (2): 44-51.
- 74.** Akdemir N, Akyar İ, Görgülü Ü. Hemşirelerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniklerinde Yatan ya da Polikliniğe Başvuran Hastaların Ağrı Sorununa Yönelik Yaklaşımları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2008; 54: 157-163.
- 75.** Murdoch J, Larsen D. Assessing Pain in Cognitively Impaired Older Adults. *Nursing Standard* 2004; 18 (38): 33-39.

- 76.** Kamel K H, Phlavan M, Malekgoudarzi B, Gogel P, Morley J E. Utilizing Pain Assessment Scales Increases the Frequency of Diagnosing Pain Among Elderly Nursing Home Residents. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001; 21 (6): 450-455.
- 77.** Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. *Ağrı Dergisi* 2006; 18 (4): 36-43.
- 78.** Bacaksız B D, Çöçelli L P, Ovayolu N, Özgür S. Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi. *Ağrı Dergisi* 2008; 20 (3): 26-36.
- 79.** Eğri M, Güneş G, Genç M, Pehlivan E. Yeşilyurt İlçesindeki Yaşlıların Sağlık ve Sosyal Sorunları. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 1997; 4 (4): 418-423.
- 80.** Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 227-239.
- 81.** Dönümcü Ş. Yaşlı ve Sosyal Hizmetler. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2006; 52: 42-46.
- 82.** Aksüllü, Doğan S. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 76-84.

- 83.** Öksüz E, Mutlu E T, Malhan S. Nonmalignant Chronic Pain Evaluation in the Turkish Population as Measured by the Mcgill Pain Questionnaire. Pain Practice 2007; 7 (3): 265-273.
- 84.** Fındık Ü Y. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
- 85.** Eti Aslan F. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6 (1): 9-16.
- 86.** Aydın I. Ağrının Fizyopatolojisi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2005; 52: 8-13.
- 87.** Güleç G, Güleç S. Ağrı ve Ağrı Davranışı. Ağrı Dergisi. 2006; 18 (4): 5-9.
- 88.** Aydın N O. Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 3 (2): 37-48.
- 89.** Flaherty E. Pain Assessment for Older Adults. American Journal of Nursing 2008; 108 (6): 45.
- 90.** Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Gökçe Kutsal Y, Yücel M. Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel-Kognitif Değerlendirme ve İlaç Kullanımı. Geriatri Dergisi 2000; 3 (1): 6-10.

- 91.** Taylor A G. Duration of Pain, Condition and Physical Pathology as Determinants of Nurses Assessment of Patients in Pain. Nursing Research 1984; 33 (1): 4-8.
- 92.** Karadakovan A, Özçelik H, Güngör N. Ağrısı Olan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Nöropsikiyatri Dergisi 2009; 1:98.
- 93.** Enck R E. Pain and Aging. American Journal of Hospice-Palliative Care 2001; 18 (1): 5.
- 94.** Şahin Ş. Ağrı ve Cinsiyet. Ağrı Dergisi 2004; 16 (2): 17-25.
- 95.** Çeliker R. Kronik Ağrı Sendromları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2005; 51: 14-18.
- 96.** Dede N Ö. [İnternette]. 2010 (29.05.2011 okundu). elektronik adresi: <http://www.mcatürk.com/en-karmaşık-duyu-algısı7301.html>.
- 97.** Öksüz E, Mutlu E T, Malhan S. Visseral Ağrılı Hastalarda Ağrı Algılamasının Değerlendirilmesi, 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2005.
- 98.** Uludağ B. Ağrı Hafızası. Ağrı Dergisi 2005; 17 (4): 10-16.
- 99.** Hicks T J. Ethical Implications of Pain Management in A Nursing Home: A Discussion. Nursing Ethics 2000; 7 (5): 392-398.

- 100.** Baier R R, Gifford D R, Patry G, Banks S M, Rochon T, Desilva D, Teno J M. Ameliorating Pain in Nursing Homes: A Collaborative Quality-Improvement Project. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004; 52 (12): 1988-1995.
- 101.** Blomqvist K. Older People in Persistent Pain: Nursing and Paramedical Staff Perceptions and Pain Management. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41 (6): 575-584.
- 102.** Williams L. Pain Mismanagement. *Nursing Homes Magazine* 2007; 52-54.
- 103.** Karan M A. Yaşlıların Takibi ve Proflaktif Yaklaşım. *Ankem Dergisi* 2002; 16 (3): 401-403.
- 104.** Aydın Z D, Ersoy İ H, Baştürk A, Kutlucan A, Göksu S, Güngör G, Tamer M N. Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik ve İlişkili Faktörler. *Journal of Geriatrics and Geriatric Neuropsychiatry* 2009; 2: 9-18.
- 105.** Güzeldemir E. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Sendrom* 1995; 11-21.
- 106.** Tuncer S. Yaşlı Hastalarda Analjezik Kullanım İlkeleri. *Clinic Medicine* 2007; 2: 27-32.

- 107.** Öksüz E, Malhan S, Mutlu E S. Türkçe McGill Standart Ağrı Ölçeği: Kültürel Adaptasyon, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi E.Ü. AKM, İzmir, 5-7 Nisan 2007.
- 108.** Öksüz E, Malhan S, Tulunay F C. “Turkish McGill Pain Questionnaire: Reliability and Validation” 10th ISPOR Annual European Congress Dublin, Ireland, 20-23 October 2007.
- 109.** Palos G R, Mendoza T R, Cantor S B, Aday L A, Cleeland C S. Perceptions of Analgesic Use and Side Effects: What the Public Values in Pain Management. Journal of Pain and Symptom Management 2004; 28 (5): 460-473.
- 110.** Pokela N, Bell J S, Lihavainen K, Sulkava R, Hartikainen S. Analgesic Use Among Community-Dwelling People Aged 75 Years and Older: A Population-Based Interview Study. American Journal of Geriatric Pharmacotherapy 2010; 8 (3): 233-244.
- 111.** Çizmecı P, Babacan A. Analjezikler ve Analjezik Kullanım İlkeleri. Clinic Medicine 2007; 2: 9-14.
- 112.** Akçalı D. Kronik Ağrı ve İlaç Bağımlılığı. Clinic Medicine 2007; 2: 23-26.
- 113.** Blomqvist K, Hallberg I R. Managing Pain in Older Persons Who Receive Home-Help for Their Daily Living. Perceptions by Older Persons and Care Providers. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2002; 16: 319-328.

- 114.** Güngen C, Ertan T, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13 (4): 273-281.
- 115.** Closs S J, Barr B, Briggs M. Reporting of Painful Conditions in Nursing Homes. *Journal of Clinical Nursing* 2006; (15): 1203-1205.
- 116.** Melzack R. The Mcgill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods. *Pain* 1975; 1: 277-299.
- 117.** Karakayalı F, Öksüz E, Türk E, Pekmez M, Karabulut Z, Yılmaz T, Moray G, Haberal M. Effectiveness of Multiple Neurectomies to Prevent Chronic Groin Pain After Tension-Free Hernia Repair. *International Surgery* 2010; 95: 40-48.
- 118.** Bryne M, Troy A, Bradley L A, Marchisello P J, Geisinger K F, Heide L H, Prieto E J. Cross-Validation of the Factor Structure of the Mcgill Pain Questionnaire. *Pain* 1982; 13: 193-201.
- 119.** Turk D C, Rudy T E, Salovey P. The Mcgill Pain Questionnaire Reconsidered: Confirming the Factor Structure and Examining Appropriate Uses. *Pain* 1985; 21: 385-397.
- 120.** Ferrell B A, Ferrell B R, Osterweil D. Pain in the Nursing Home. *Journal of the American Geriatrics Society* 1990; 38 (4): 409-414.

- 121.** Brochet B, Michel P, Barberger-Gateau, Dartigues J F.
Population-Based Study of Pain in Elderly People: A Descriptive
Survey. *Age and Ageing* 1998; 27: 279-284.
- 122.** Walker J M. Caring for Elderly People with Persistent Pain in the
Community: A Qualitative Perspective on the Attitudes of Patients
and Nurses. *Health Social Care in the Community* 1994; 2 (4): 221-
228.
- 123.** Stein W M. Pain in the Nursing Home. *Clinics Geriatric Medicine*
2001; 17 (3): 575-594.
- 124.** Chodosh J, Ferrell B A, Shekelle P G, Wenger N S. Quality
Indicators for Pain Management in Vulnerable Elders. *Annals of
Internal Medicine* 2001; 135 (8): 731-735.

10. EKLER

EK 1 GÖNÜLLÜ DENEK BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU HUZUREVİNDE YAŞAYAN BİREYLERDE AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE AĞRILARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Tez çalışması kapsamında yürütülmekte olan bu araştırma ile huzurevinde yaşayan bireylerde ağrının değerlendirilmesi ve ağrıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ağrının nedeni ve şekli nasıl olursa olsun bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Subjektif bir kavram olan ağrı, özellikle örneklemimizi oluşturan bireylerin bilişsel-duyuşsal durumları vb. pek çok faktörden etkilenmektedir. Etkili ağrı yönetimi için ön koşul, ağrının varlığı ve etkileyen etmenlerin belirlenmesidir. Çalışmamızla, toplumumuzun önemli bir kesimini oluşturan huzurevlerinde yaşayan bireylerde ağrıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile etkili ağrı yönetimine katkı sağlayacağı ve ağrı sonucunda ortaya çıkabilecek anksiyete, depresyon, uyku, beslenme vb. sorunları sonucu genel yaşam kalitesinde azalma ve diğer olumsuz durumların önüne geçilmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Araştırmayı Yürüten
Hava KARA

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	Telefon:
Adresi:	Faks:
	İmza
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı:	Telefon:
Adresi:	Faks:
	İmza

EK 2

HUZUREVİNDE YAŞAYAN BİREYLERDE AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE AĞRILARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ ANKET FORMU

I. BÖLÜM (STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST)

Ad Soyad: Tarih: Yaş:
Eğitim (yıl): Meslek: Aktif El:
T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz ()
Hangi mevsimdeyiz()
Hangi aydayız ()
Bugün ayın kaçı()
Hangi gündeiz()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan
.....()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)
.....()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)
..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

a)Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat,kalem) 2 puan (20 sn tut)
.....()

b)Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. “Eğer ve fakat istemiyorum” (10sn tut) 1 puan

.....()

c)Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. “Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen” Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan

.....()

d)Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) “GÖZLERİNİZİ KAPATIN”

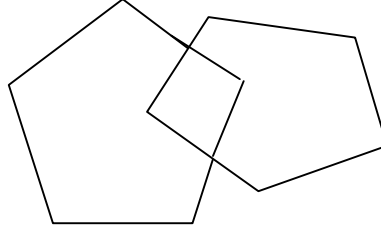
.....()

e)Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı cümleyi yazın

.....()

f)Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)

.....()



EĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ-MENTAL TEST

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Meslek:

Aktif El:

T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz.....()

Hangi mevsimdeyiz

Hangi aydayız

Hangi gündeiz

Şu anda sabah mı, öğle mi, akşam mı

Hangi ülkede yaşıyoruz

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız

Şu an bulunduğunuz semt neresidir

Şu an bulunduğunuz bina neresidir

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

.....()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir,ondan önce ne gelir? Devam edin. (Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verilir).....()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise)

.....()

LİSAN (Toplam puan 9)

a)Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat,kalem) 2 puan (20 sn tut)

.....()

b)Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10sn tut) 1 puan

.....()

c)Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan

.....()

d)Şimdi yüzüme bakın ve yaptığının aynısını yapın. (Gözlerinizi kapatın) (Doğru işlem için 1 puan verilir)

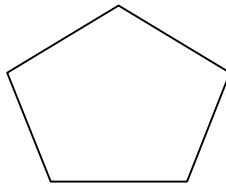
.....()

e)Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30sn. süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

.....()

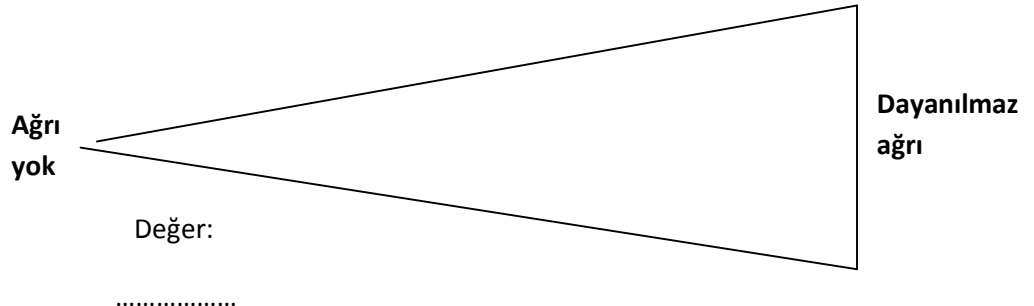
f)Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)

.....()



II. BÖLÜM (GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ)

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



III. BÖLÜM (TANITICI ÖZELLİKLER)

1. **Cinsiyetiniz:**
 - a)Kadın
 - b)Erkek
2. **Eğitim Durumunuz:**
 - a)Okur- yazar değil
 - b)Okur yazar
 - c)İlkokul
 - d)Ortaokul
 - e)Lise
 - f)Üniversite ve üzeri
3. **İş –mesleki durumunuz nedir: (Önceki çalışma durumunuz)**
 - a)İşçi
 - b)Memur
 - c)Serbest
 - d)Ev hanımı
 - e)Diğer.Açıklayınız.....
4. **Medeni durumunuz:**
 - a)Bekar
 - b)Evli
 - c>Eşi ölmüş
 - d)Boşanmış
5. **Sosyal güvenceniz:**
 - a)Var
 - b)Yok
6. **Gelir düzeyiniz:**
 - a)Gelirim giderimi karşılıyor
 - b)Gelirim giderimi kısmen karşılıyor
 - c)Gelirim giderimi karşılamıyor
7. **Sigara kullanıyor musunuz?**
 - a)Evet
 - b)Hayır
 - c)Bıraktım
8. **Alkol kullanıyor musunuz?**
 - a)Evet
 - b)Hayır
 - c)Bıraktım
9. **Günlük yaşantınızda (beslenme, boşaltım gibi) aktivitelerinizi gerçekleştirirken birinin yardımına ihtiyaç duyuyor musunuz?**
 - a)Duyuyorum
 - b)Bazen duyuyorum
 - c)Duymuyorum
10. **Huzurevine geliş tarihiniz? (kurumda kalış yılı)**

.....

11. Huzurevinde kiminle kalıyorsunuz?

- a)Yalnız
- b)Eşimle birlikte
- c)Arkadaşım

12. Huzurevinde ziyaretçilerinizle (akrabalarınızla) görüşme sıklığınız nedir?

	<u>Yüz yüze görüşme</u>	<u>Telefonla görüşme</u>
Her gün		
Haftada bir		
Ayda bir		
Senede bir		
Hiç		
Diğer		

13. Doğum yeriniz?

14. En uzun süre yaşadığınız yer?

- a)Şehir
- b)Köy
- c)Kasaba

15. Var olan hastalığınız, süresi, kullandığınız ilaçlar

<u>Hastalık</u>	<u>Süre</u>	<u>İlaçlar</u>

IV. BÖLÜM (AĞRI ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER)

1. Ağrınızı tanımlar mısınız?

.....

2. Ağrınız ne kadar sürüyor?

.....

3. Ağrınızı başlatan, arttıran ya da azaltan durumlar nelerdir?

Ağrınızı başlatan durumlar.....

Ağrınızı artıran durumlar.....

Ağrınızı azaltan durumlar.....

4. Aşağıda belirtilen günlük yaşam aktivitelerinden hangi/hangileri ağrınız olduğunda etkilenmektedir? Açıklar mısınız?

<u>Günlük Yaşam Aktiviteleri</u>	<u>Etkiledi</u>	<u>Etkilemedi</u>
Solunum		
Beslenme		
Boşaltım		
Fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam hazırlama (kendinizi güvende hissetme)		
İletişim		
Cinsellik		
Kişisel temizlik		
Vücut ısı		
Hareket		
Çalışma ve Eğlenme		
Uyku		
Ölüm (geleceğe yönelik planlama)		

5. Ağrınız olduğunda iletiyor musunuz?

A) Hayır. Ağrınızı iletmenizi engelleyen sebepler nelerdir?

- a) Görme bozuklukları
- b) İşitme bozuklukları
- c) Konuşma güçlüğü
- d) Yatağa bağımlı olma
- e) Yürüme güçlüğü
- f) Ağrımla kendim baş edebiliyorum
- g) Sağlık personeline(doktor,hemşire) her zaman ulaşamıyorum.
- h) Diğer. Açıklayınız.....

B) Evet. Ağrınızı kime bildiriyorsunuz?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Arkadaş, akraba
- d) Diğer

6. Ağrınız olduğunda sağlık personeli dışında çevrenizdeki kişilerden yardım alıyor musunuz?

- A) Hayır (8. Soruya geçiniz)
- B) Evet

7. Aldığınız yardımın içeriğini açıklar mısınız?

.....

8. Şu anki ağrınızla ilgili kullandığınız ilaç var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

9. Şu anki ağrınızla ilgili ilaç dışı yaptığınız uygulamalar var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

10. Şu anki kullandığınız ilaç ve ilaç dışı uygulamaların etkili olma durumu ve nedenleri

<u>Tedavi ve Uygulamalar</u>	<u>Etkili</u>	<u>Etkili Değil</u>
İlaç Tedavileri		
İlaç Dışı Uygulamalar		

11. Geçmişte ağrınız olduğunda ilaç kullandınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

12. Geçmişte ağrınız olduğunda ilaç dışı yaptığınız uygulamalar var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

13. Geçmişte kullandığınız ilaç ve ilaç dışı uygulamaların etkili olma durumu ve nedenleri

<u>Tedavi ve Uygulamalar</u>	<u>Etkili</u>	<u>Etkili Değil</u>
İlaç Tedavileri		
İlaç Dışı Uygulamalar		

14. Ağrınızı hafifletmede kullandığınız ilaçları düzenli alıyor musunuz?

a)Evet

b)Hayır. Açıklar mısınız?.....

15. Ağrınızın hafifletilmesine yönelik ilaç/ilaç dışı uygulamalara ilişkin bilginiz var mı?

	<u>İlaç Uygulamaları</u>	<u>İlaç dışı Uygulamalar</u>
A)Hayır		
B)Evet ise bu bilginin içeriğini açıklayınız?		
Bu bilginin kaynağını açıklayınız?		

16. Kendinizin ve çevrenizdekilerin ağrısı hafifletmek için başvurduğu uygulamalara örnek verir misiniz? Bu uygulamalar içerisinde sizin yaptığınız ve yarar görme durumunuzu açıklayınız?

<u>Uygulamalar</u>	<u>Uyguladım</u>	<u>Uygulamadım</u>	<u>Yararlı</u>	<u>Yararlı Olmadı</u>

17. Huzurevinde ağrınıza yönelik verilen sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?

a) Evet ise nedenini açıklayınız?

b)Hayır ise nedenini açıklayınız?

V. BÖLÜM (MCGİLL AĞRI

ÖLÇEĞİ)

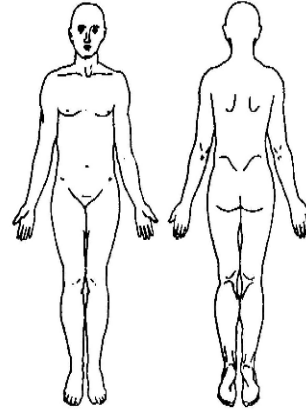
McGill Ağrı Ölçeği

Adı Soyadı _____ Tarih _____ Saat _____

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 TITREK TITREŞEN ATAN ZONKLAYAN VURAN KÜTKÜ ATAN	11 YORUCU TÜKETİCİ
2 SICRAYAN HÜCUM EDEN ATAN	12 BIKTIRICI BUNALTICI
3 İĞNELEYİCİ SIKICI DELİCİ BIÇAK GİBİ SAPLANICI	13 ENDİŞE VERİCİ ÜRKÜTÜCÜ KORKUTUCU
4 ACITICI KESİCİ YIRTICI	14 EZİYETLİ YORUCU DAYANILMAZ ŞİDDETLİ ÖLDÜRÜCÜ
5 SIKIŞTIRICI BASKICI KEMİRİCİ KAŞICI PARÇALAYICI	15 PERİŞAN EDEN KÖRLEŞTİREN
6 ÇEKEN KOPARAN BURKAN	16 CAN SIKICI RAHATSIZ EDİCİ İZTIRAPLI YOĞUN DAYANILMAZ
7 SICAK YANICI HAŞLAYICI DAĞLAYICI	17 DAĞILAN YAYILAN İÇE İŞLEYEN DELİP GEÇEN
8 SIZIYAN KAŞINDIRAN ACIYAN BATAN	18 SARICI UYUŞTURUCU SIKIŞTIRICI EZİCİ PARÇALAYICI
9 İHİSSİZ HASSAS İNCİTEN ACITAN ŞİDDETLİ	19 SERİN SOĞUK DONDURUCU
10 HASSAS GERGİN KASILI KEŞKİN	20 RAHATSIZ EDEN TİKSİNDİREN ACI VEREN KABUS GİBİ İŞKENCE GİBİ
	PPI
	0 AĞRI YOK
	1 HAFİF
	2 RAHATSIZ EDEN
	3 SIKINTI VEREN
	4 KORKUNÇ
	5 İŞKENCE

KISA ANLIK GEÇİCİ	RİTMİK DÜZENLİ ARALIKLI	SÜREKLİ SABİT KALICI
-------------------------	-------------------------------	----------------------------



D= DIŞ
İ= İÇ

NOTLAR:

EK 3 STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST UYGULAMA KLAVUZU

BAŞLANGIÇ

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GOZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçimde iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

UYGULAMA

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözmeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin beş kenarlı figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.

YÖNELİM

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

KAYIT HAFIZASI

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

DİKKAT ve HESAP

100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

HATIRLAMA

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

LİSAN TESTLERİ

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir (Toplam puan 2).
2. Yandaki cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1) .
3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmelidir.
4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir (Toplam puan 1).
5. Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir.
6. Hastadan iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir (Toplam 1 puan)

EK 4 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HUZUREVLERİNDEN ALINAN İZİN YAZILARI



T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KURUMSAL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
GAZİ UNIVERSITY MEDICAL FACULTY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ANKARA-TÜRKİYE
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

	PROTOKOL ADI	"Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrıya Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"	
BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI, / ADI	Yrd.Doç.Dr.Sevinç Kutlutürkan	
	Belge Adı	Tarih / değişiklik No.su	Dili Türkçe
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:177 Tarih: 29 Eylül 2010 Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde yapılması tasarlanan ve yukarıdaki künyede kayıtlı araştırma projesine ait dosya etik açıdan incelenmiş, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler yönünden uygun olduğuna karar verilmiştir.		
KURUMSAL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU (2010 Versiyonu), BİYOTİK SÖZLEŞMESİ, KLİNİK ARAŞTIRMALAR HAKKINDA YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK(11 Mart 2010 tarih ve 27518 sayılı)		
ÜYELER			
Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti
Prof.Dr.Aynur OĞUZ BAŞKAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları- Çocuk Onkoloji	G.Ü.T.F Çocuk Sağ.ve Hast.A.D.	K
Prof.Dr.Canar ULUOĞLU BAŞKAN YRD.	Tıbbi Farmakoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D.	K
Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı	G.Ü.T.F Halk Sağlığı A.D.	E
Prof.Dr.Çağatay ÇİFTER ÜYE	Genel Cerrahi	G.Ü.T.F Genel Cerrahi A.D.	E
Prof.Dr.Aysel ARICIOĞLU ÜYE	Tıbbi Biyokimya	G.Ü.T.F Tıbbi Biyokimya A.D.	K
Prof.Dr.Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya	G.Ü.T.F Tıbbi Biyokimya A.D.	E
Prof.Dr.Öznur L. BOYUNAGA ÜYE	Radyoloji	G.Ü.T.F Radyoloji A.D.	K
Prof.Dr.Gonca AKBULUT ÜYE	Fizyoloji	G.Ü.T.F Fizyoloji A.D.	K
Prof.Dr.Galip GÜZ ÜYE	İç Hastalıkları - Nefroloji	G.Ü.T.F İç Hast.A.D.-Nefroloji B.D.	E
Doç.Dr.Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik	G.Ü.T.F Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K
Doç.Dr.Ayhan POYRAZ ÜYE	Tıbbi Patoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Patoloji A.D.	K
Doç.Dr.Birol DEMİREL ÜYE	Adli Tıp	G.Ü.T.F Adli Tıp A.D.	E
Hukuk Müşaviri Adem GELİR ÜYE	Hukuk Müşaviri	G.Ü.Rektörlük Hukuk Müşavirliği	E

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

EK 4 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HUZUREVLERİNDEN ALINAN İZİN YAZILARI

T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL HİZMETLER VE ÇOCUK ESİRGEME KURUMU
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.02.1.SÇE.0.72.02.00/605.04- 30
KONU : Araştırma Talebi
(Gazi Üniversitesi)

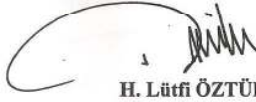
13 Ocak 2010

İLGİ: Gazi Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Müdürlüğü'nün 08.01.2010 tarihli ve 125 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Hava BİLGİN'in "Huzurevlerinde Yaşayan Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrıyı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" tezi kapsamında Ankara Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ile Antalya Fethi Baycın Huzurevi Müdürlüklerinden hizmet alan yaşlılarla, 18 Ocak-31 Aralık 2010 tarihleri arasında araştırma yapabilme talebi bildirilmiştir.

Makamın 12.01.2009 tarih ve 10 sayılı Onayı ile adı geçen öğrencinin; belirtilen kuruluşlardan hizmet alan yaşlılarla, gönüllülük esası doğrultusunda, ses ve görüntü kaydı alınmaksızın, İl Müdürlüklerinin koordinesinde Kuruluş Müdürlüklerinin denetiminde 18 Ocak-31 Aralık 2010 tarihleri arasında araştırma yapabilmesi ve araştırma tamamlandığında bir örneğinin Eğitim Merkezi Başkanlığına gönderilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


H. Lütfi ÖZTÜRK
Genel Müdür a.
Eğitim Merkezi Başkanı

EK: Onay Sureti

DAĞITIM:

Gereği:

-Ankara, Antalya İl Sos.Hiz.Müd.
-Gazi Ün. Sağlık Bil. Ens.
Bandırma Sk. No:6 Etiler/Ankara

Bilgi:

-YBHD Bşk.(Ek konulmadı)

12.01/2010 Sosyolog
12.01/2010 Şb.Md.V.

: M. BİRDİR 113
: S.Ö. ÇETİN 113

Anafartalar Cad. 68/4 Ulus / ANKARA
Telefon: (0 312) 310 24 60 / 1233
e-posta: egitim@shcek.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : M.BİRDİR -Sosyolog
Faks: (0 312) 311 89 98
Elektronik Ağ: www.shcek.gov.tr

EK 4 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HUZUREVLERİNDEN ALINAN İZİN YAZILARI

T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL HİZMETLER VE ÇOCUK ESİRGEME KURUMU
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

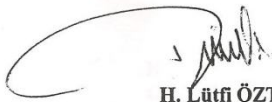
SAYI : B.02.1.SÇE.0.72.02.00/605.04- 10
KONU : Araştırma Talebi
(Gazi Üniversitesi)

12 Ocak 2010

GENEL MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Gazi Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Müdürlüğü'nün 08.01.2010 tarihli ve 125 sayılı yazısı ile Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Hava BİLGİN'in "**Huzurevlerinde Yaşayan Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrıyı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**" tezi kapsamında Ankara Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ile Antalya Fethi Bayçın Huzurevi Müdürlüklerinden hizmet alan yaşlılarla, 18 Ocak-31 Aralık 2010 tarihleri arasında araştırma yapabilme talebi bildirilmiştir.

Söz konusu talep kapsamında adı geçen öğrencinin; belirtilen kuruluşlardan hizmet alan yaşlılarla ekte yer alan anket soruları çerçevesinde, gönüllülük esası doğrultusunda, ses ve görüntü kaydı alınmaksızın, İl Müdürlüklerinin koordinesinde Kuruluş Müdürlüklerinin denetiminde 18 Ocak-31 Aralık 2010 tarihleri arasında araştırma yapabilmesi ve araştırma tamamlandığında bir örneğinin Eğitim Merkezi Başkanlığına gönderilmesi hususunda Olurlarınızı arz ederim.


H. Lütfi ÖZTÜRK
Eğitim Merkezi Başkanı


OLUR
11.01/2010
İmambey ERTEM
Genel Müdür a.
Genel Müdür Yardımcısı

Anafartalar Cad. 68/4 Ulus / ANKARA
Telefon: (0 312) 310 24 60 / 1233
e-posta: egitim@shcek.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : M.BİRDİR -Sosyolog
Faks: (0 312) 311 89 98
Elektronik Ağ: www.shcek.gov.tr

EK 4 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HUZUREVLERİNDEN ALINAN İZİN YAZILARI



T.C.
ANTALYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Yaşlı Hizmetleri Şube Müdürlüğü

Sayı:M.07.0ABB.025.03(813)-2010-108/1039
Konu: Tez çalışması

10/08/2010

BAŞKANLIK MAKAMINA

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi olan Hava KARA'nın 04.08.2010 tarihli talebi gereği "Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrıyı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Belediyemiz Huzurevinde yapabilmesi hususunda;

OLUR' larımızı arz ederim.

H.Duygu BATMAZ
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanı

Uygun Görüşle arz ederim.
10.08/2010

Ali ÖZKAYACAN
Genel Sekreter Yardımcısı

OLUR
10.08/2010

Prof.Dr. Mehmet Rıfki AKTEKİN
Genel Sekreter V.



Adres: Antalya Büyükşehir Belediyesi, Karaalioglu Parkı İçi 07100 / ANTALYA
Tel: 0 242 249 54 30 Fax: 0 242 249 54 35
Web : www.antalya.bel.tr E-Posta: soshiz@antalya.bel.tr

EK 4 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HUZUREVLERİNDEN ALINAN İZİN YAZILARI



T.C.
ANTALYA MURATPAŞA BELEDİYESİ
Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü

Sayı : M.07.7.MUR.0.35-773.02./332

05/08/2010

Konu : Öğr.Hava KARA'nın Araştırma
Talebi

BAŞKANLIK MAKAMINA

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Hava KARA'nın "Huzurevlerinde Yaşayan Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrıyı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" tezi çalışması ile ilgili olarak 5-6 Ağustos 2010 tarihinde Yaşlı Koruma Evinde araştırma yapabilme talebi bildirilmiştir.

Adı geçen öğrencinin talebi doğrultusunda, ekte yer alan anket soruları çerçevesinde, ses ve görüntü almaksızın araştırma yapılması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Ali Rıza KORKMAZ
Sosyal Yardım İşl.Müdür V.

"OLUR"
05.08.2010

Hasan Ali PÜSKÜRT
Başkan Yardımcısı

EKLER :
1- Dilekçe (1 Adet)
2- Anket (11 Sayfa)
3- Yüksek Lisans Tez Önerisi (21 Sayfa)

EK 5 EK TABLOLAR

Ek Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	<u>45-59 (n=6)</u>			<u>60-74 (n=42)</u>			<u>75-90 (n=27)</u>			Kruskal- Wallis	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
Duyumsal	13,17	13,48	9,00	7,79	6,36	6,00	10,37	8,39	8,00	1,9	0,386
Duygusal	3,17	3,37	3,00	3,38	3,79	2,00	3,70	3,52	3,00	0,2	0,897
Değerlendirme	2,33	1,86	2,00	2,05	1,55	2,00	2,37	1,76	2,00	0,4	0,784
Çeşitli	4,33	5,01	2,50	3,95	3,66	3,00	4,22	3,87	3,00	0,1	0,945
PRI	22,83	22,71	15,00	17,17	12,17	13,50	20,67	15,35	17,00	0,5	0,765
PPI	2,83	1,83	2,50	3,12	1,29	3,00	3,00	1,11	3,00	0,3	0,858
PRI+PPI	25,33	23,35	16,50	20,29	13,01	17,50	23,67	16,22	20,00	0,4	0,789
NWC	16,67	19,47	8,50	11,79	9,50	10,00	14,04	11,20	11,00	0,4	0,787
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	42,00	42,74	24,50	32,07	22,18	27,00	37,70	27,20	31,00	0,4	0,779

*p>0,05

Ek Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	Okur-yazar değil (n=19)			Okur yazar (n=6)			İlkokul (n=22)			Ortaokul (n=7)			Lise (n=17)			Üniversite üzeri (n=4)			Kruskal Wallis	p
	$\bar{X}$	ss	Med-yan	$\bar{X}$	ss	Med-yan	$\bar{X}$	ss	Med-yan	$\bar{X}$	ss	Med-yan	$\bar{X}$	ss	Med-yan	$\bar{X}$	ss	Med-yan		
Duyumsal	13,47	11,52	8,00	10,00	8,67	8,50	8,64	5,69	6,50	9,00	6,81	6,00	4,94	3,42	4,00	8,25	3,30	8,50	7,0	0,216
Duygusal	4,79	4,74	4,00	5,00	2,97	4,00	2,59	3,20	1,00	3,71	3,30	5,00	2,71	3,06	1,00	2,75	2,22	2,00	5,1	0,396
Değerlendirme	2,74	1,79	2,00	2,50	1,22	2,00	1,64	1,68	2,00	2,86	1,46	2,00	1,94	1,64	2,00	2,00	0,00	2,00	6,0	0,305
Çeşitli	6,21	4,78	4,00	4,50	4,76	3,50	2,91	2,81	2,00	5,29	3,50	5,00	2,94	2,84	3,00	2,50	1,91	2,00	9,0	0,107
PRI	27,21	19,88	24,00	22,00	16,55	18,50	15,73	10,68	12,00	20,86	10,82	19,00	12,53	8,28	13,00	15,50	3,79	14,00	7,9	0,161
PPI	3,47	1,22	3,00	3,17	0,98	3,00	2,91	1,23	3,00	3,43	0,98	3,00	2,76	1,56	3,00	2,25	0,50	2,00	5,8	0,320
PRI+PPI	30,58	20,58	26,00	25,17	17,43	21,50	18,64	11,50	15,00	24,29	11,69	23,00	15,29	9,39	15,00	17,75	3,59	16,50	8,0	0,156
NWC	20,47	16,06	15,00	16,00	10,99	13,00	9,68	6,83	8,00	14,29	9,43	11,00	8,06	5,21	8,00	9,75	1,50	10,00	10,9	0,053
Toplam puan	51,05	36,47	42,00	41,17	28,41	34,50	28,32	17,86	23,00	38,57	20,86	37,00	23,35	14,38	23,00	27,50	4,73	26,00	9,0	0,109

p>0,05

Ek Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	<u>Kullanan (n=4)</u>			<u>Kullanmayan (n=58)</u>			<u>Bırakan (n=13)</u>			Kruskal-Wallis	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
Duyumsal	9,25	7,09	8,00	9,16	8,40	6,00	9,08	6,02	9,00	0,4	0,789
Duygusal	0,25	0,50	0,00	4,00	3,83	3,00	2,15	2,15	1,00	6,0	0,048*
Değerlendirme	1,75	1,26	2,00	2,36	1,68	2,00	1,54	1,39	2,00	2,0	0,361
Çeşitli	1,25	1,26	1,00	4,59	4,04	3,00	2,69	2,21	2,00	4,6	0,099
PRI	12,50	8,19	13,00	20,09	15,54	16,50	15,46	7,67	14,00	0,8	0,654
PPI	2,00	0,82	2,00	3,12	1,26	3,00	3,08	1,32	3,00	3,2	0,192
PRI+PPI	14,50	9,00	15,00	23,17	16,34	19,50	18,54	8,43	19,00	1,1	0,574
NWC	8,25	6,34	7,00	14,22	12,08	11,00	8,92	4,07	9,00	2,0	0,362
Toplam puan (PRI+PPI+NWC)	22,75	15,15	22,00	37,40	28,21	30,50	27,46	11,75	27,00	1,2	0,528

*p<0,05

Ek Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının GYA'ne Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlen- dirmesi	Solunum						Mann Whit- ney U	P	Beslenme						Mann Whit- ney U	p
	Etkilenen (n=26)			Etkilenmeyen (n=49)					Etkilenen (n=26)			Etkilenmeyen (n=49)				
	$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan			$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan		
Duyumsal	9,73	8,40	8,00	8,84	7,68	6,00	559,0	0,384	11,31	7,47	9,00	8,00	7,95	5,00	403,5	0,009*
Duygusal	4,19	3,76	4,50	3,10	3,53	2,00	525,0	0,204	4,42	3,96	4,00	2,98	3,36	2,00	498,5	0,116
Değerlendirme	2,50	1,45	2,00	2,02	1,71	2,00	541,0	0,252	2,73	1,48	2,00	1,90	1,65	2,00	448,0	0,024*
Çeşitli	4,46	3,90	3,00	3,88	3,76	3,00	570,5	0,455	4,15	3,38	3,00	4,04	4,03	3,00	575,5	0,490
PRI	20,88	15,42	17,00	17,82	13,67	14,00	558,5	0,382	22,58	14,05	20,00	16,92	14,14	13,00	446,0	0,033*
PPI	3,15	1,12	3,00	3,00	1,34	3,00	593,0	0,610	3,46	,99	3,00	2,84	1,34	3,00	446,0	0,027*
PRI+PPI	23,96	15,90	21,00	20,82	14,63	17,00	567,0	0,435	26,04	14,71	24,00	19,71	14,92	15,00	442,5	0,030*
NWC	14,23	11,71	11,00	12,33	10,74	10,00	551,0	0,338	15,15	11,18	11,50	11,84	10,91	9,00	474,0	0,069
Toplam puan	38,19	27,44	30,00	33,14	25,05	28,00	564,0	0,416	41,19	25,52	37,00	31,55	25,63	24,00	442,5	0,030*

*p<0,05

Tablo 4'ün Devamı

Ağrı Değerlendir- mesi	İletişim						Mann Whit- ney U	P	Cinsellik						Mann Whit- ney U	p
	Etkilenen (n=36)			Etkilenmeyen (n=39)					Etkilenen (n=12)			Etkilenmeyen (n=63)				
	$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan			$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan		
Duyumsal	10,53	8,92	9,00	7,87	6,68	6,00	547,5	0,101	10,75	7,99	8,50	8,84	7,90	6,00	294,5	0,227
Duygusal	5,17	3,92	4,50	1,92	2,50	1,00	349,5	0,000*	5,00	4,37	5,50	3,19	3,43	2,00	287,5	0,183
Değerlendirme	2,86	1,57	2,00	1,56	1,45	2,00	400,5	0,001*	2,83	1,70	2,00	2,06	1,61	2,00	293,5	0,191
Çeşitli	5,22	4,13	3,00	3,03	3,15	2,00	461,0	0,010*	4,83	3,49	3,00	3,94	3,86	3,00	287,0	0,185
PRI	23,75	15,90	21,00	14,38	10,99	12,00	411,0	0,002*	23,42	15,61	18,50	18,02	13,97	13,00	285,5	0,181
PPI	3,53	1,16	3,00	2,62	1,21	3,00	416,0	0,002*	3,75	0,97	4,00	2,92	1,27	3,00	229,0	0,025
PRI+PPI	27,22	16,49	24,50	17,00	11,81	15,00	405,5	0,002*	27,17	16,31	23,00	20,90	14,73	16,00	275,0	0,136
NWC	16,94	13,06	13,00	9,33	7,22	8,00	408,0	0,002*	15,67	13,63	11,00	12,48	10,54	10,00	324,5	0,439
Toplam puan	44,17	29,32	37,50	26,33	18,75	23,00	397,0	0,001*	42,83	29,66	34,00	33,38	25,02	27,00	289,5	0,201

*p<0,05

Tablo 4'ün Devamı

Ağrı Değerlendir- mesi	Boşaltım						Mann Whit ney U	p	Fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden güvenli bir ortam hazırlama (Kendini güvende hissetme)						Mann Whit ney U	p
	Etkilenen (n=38)			Etkilenmeyen (n=37)					Etkilenen (n=50)			Etkilenmeyen (n=25)				
	$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan			$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan		
Duyumsal	11,55	8,55	9,00	6,68	6,37	5,00	418,5	0,003*	10,16	8,19	8,00	7,12	6,98	4,00	436,5	0,034*
Duygusal	4,21	3,55	4,00	2,73	3,59	1,00	516,0	0,043*	4,42	3,80	4,00	1,60	2,33	0,00	338,0	0,001*
Değerlendirme							503,5	0,024*							316,0	0,000*
	2,58	1,57	2,00	1,78	1,62	2,00			2,66	1,48	2,00	1,24	1,54	0,00		
Çeşitli	4,76	3,98	3,00	3,38	3,51	2,00	531,0	0,066	4,66	3,83	3,00	2,92	3,51	2,00	419,0	0,020*
PRI	23,08	15,02	20,50	14,57	12,22	12,00	421,5	0,003*	21,88	14,72	19,00	12,88	11,38	10,00	341,5	0,001*
PPI	3,42	1,15	3,00	2,68	1,27	3,00	473,0	0,011*	3,36	1,16	3,00	2,44	1,26	2,00	367,0	0,003*
PRI+PPI	26,45	15,61	24,00	17,24	13,08	15,00	422,5	0,003*	25,20	15,39	23,00	15,32	12,15	14,00	344,0	0,002*
NWC	16,16	12,01	12,50	9,73	9,01	7,00	402,5	0,001*	15,34	11,83	11,50	8,28	7,49	6,00	335,5	0,001*
Toplam puan	42,61	27,34	37,00	26,97	21,83	21,00	408,0	0,002*	40,54	26,96	35,00	23,60	19,37	21,00	330,0	0,001*

*p<0,05

Tablo 4'ün Devamı

Ağrı Değerlendirmesi	Kişisel Temizlik						Mann Whit- ney U	p	Vücut Isısı						Mann Whit- ney U	p
	Etkilenen (n=36)			Etkilenmeyen (n=39)					Etkilenen (n=40)			Etkilenmeyen (n=35)				
	$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan			$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan		
Duyumsal	11,44	9,35	8,50	7,03	5,58	6,00	508,0	0,039*	11,55	8,73	9,00	6,40	5,81	5,00	402,0	0,002*
Duygusal	4,78	3,60	4,00	2,28	3,24	1,00	406,0	0,001*	4,38	3,75	4,00	2,46	3,22	1,00	477,5	0,016*
Değerlendirmesi							513,0	0,032*							576,0	0,159*
	2,61	1,64	2,00	1,79	1,54	2,00			2,42	1,72	2,00	1,91	1,50	2,00		
Çeşitli	5,17	4,39	3,00	3,08	2,84	2,00	508,5	0,039*	5,05	4,25	3,50	2,97	2,86	3,00	509,5	0,041*
PRI	23,97	16,32	21,50	14,18	10,21	12,00	414,0	0,002*	23,40	15,70	20,50	13,71	10,45	12,00	398,0	0,001*
PPI	3,53	1,23	3,00	2,62	1,14	3,00	417,0	0,002*	3,43	1,24	3,00	2,63	1,17	3,00	445,0	0,005*
PRI+PPI	27,44	16,99	25,00	16,79	10,93	15,00	402,0	0,001*	26,78	16,34	24,00	16,34	11,27	15,00	399,0	0,001*
NWC	17,06	13,20	13,50	9,23	6,85	8,00	402,0	0,001*	16,05	12,68	12,50	9,49	7,58	8,00	421,5	0,003*
Toplam puan	44,50	29,93	39,00	26,03	17,51	23,00	391,5	0,001*	42,83	28,78	37,00	25,83	18,55	23,00	401,5	0,002*

*p<0,05

Tablo 4'ün Devamı

Ağrı Değerlendir- mesi	Hareket						Mann Whit- ney U	p	Çalışma ve Eğlenme						Mann Whit- ney U	p
	Etkilenen (n=50)			Etkilenmeyen (n=25)					Etkilenen (n=37)			Etkilenmeyen (n=38)				
	$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan			$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan		
Duyumsal	10,30	8,51	8,50	6,84	5,99	5,00	460,5	0,064	10,89	9,16	9,00	7,45	6,08	5,50	530,0	0,066
Duygusal	4,44	3,56	4,00	1,56	2,97	0,00	292,5	0,000*	4,49	3,59	4,00	2,50	3,42	1,00	452,0	0,007*
Değerlendirme	2,46	1,67	2,00	1,64	1,44	2,00	456,0	0,042*	2,51	1,64	2,00	1,87	1,58	2,00	550,5	0,084
Çeşitli	4,68	4,06	3,00	2,88	2,89	2,00	456,5	0,056	5,08	4,20	3,00	3,11	3,10	2,00	497,0	0,028*
PRI	21,86	15,38	19,50	12,92	9,46	13,00	388,5	0,008*	22,95	16,39	20,00	14,92	10,65	13,00	484,5	0,020*
PPI	3,30	1,22	3,00	2,56	1,23	3,00	423,0	0,018*	3,43	1,21	3,00	2,68	1,21	3,00	468,0	0,010*
PRI+PPI	25,12	16,12	23,00	15,48	10,19	15,00	383,5	0,007*	26,32	17,03	23,00	17,61	11,52	15,00	476,5	0,016*
NWC	15,30	12,12	12,00	8,36	6,54	7,00	363,0	0,003*	16,03	13,26	12,00	10,03	7,40	8,50	503,0	0,034*
Toplam puan	40,42	27,97	36,50	23,84	16,44	22,00	372,5	0,005*	42,35	30,06	36,00	27,63	18,59	23,00	481,5	0,019*

*p<0,05

Ek Tablo 4'ün Devamı

Ağrı Değerlendir- mesi	Uyku						Mann Whit- ney U	p	Ölüm						Mann Whit- ney U	p
	Etkilenen (n=49)			Etkilenmeyen (n=26)					Etkilenen (n=32)			Etkilenmeyen (n=43)				
	$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan			$\bar{X}$	SS	Med- yan	$\bar{X}$	SS	Med- yan		
Duyumsal	10,31	8,24	8,00	6,96	6,82	5,00	452,0	0,039*	10,88	8,69	9,00	7,86	7,07	6,00	502,5	0,046*
Duygusal	4,04	3,47	4,00	2,42	3,73	0,00	413,0	0,011*	4,63	3,50	4,00	2,63	3,51	1,00	426,0	0,004*
Değerlendirme	2,47	1,47	2,00	1,65	1,81	2,00	432,0	0,015*	2,59	1,43	2,00	1,88	1,72	2,00	493,5	0,026*
Çeşitli	4,78	3,98	3,00	2,77	3,08	2,00	433,0	0,022*	5,06	4,11	3,00	3,35	3,40	2,00	500,5	0,043*
PRI	21,59	14,59	18,00	13,77	12,35	11,50	400,5	0,008*	23,16	15,23	20,50	15,70	12,79	13,00	450,0	0,011*
PPI	3,27	1,17	3,00	2,65	1,35	3,00	471,0	0,055	3,47	1,11	3,00	2,74	1,29	3,00	470,0	0,015*
PRI+PPI	24,82	15,21	22,00	16,42	13,38	14,50	402,5	0,009*	26,56	15,65	23,00	18,44	13,77	15,00	451,0	0,011*
NWC	14,51	11,36	11,00	10,12	10,02	7,00	438,0	0,026*	15,63	12,33	12,00	11,02	9,67	8,00	479,5	0,025*
Toplam puan	39,33	26,27	31,00	26,54	23,23	21,50	414,5	0,013*	42,19	27,66	36,50	29,47	23,25	24,00	453,0	0,012*

*p<0,05

Ek Tablo 5. Yaşlı Bireylerin Ağrı İndeksi (PRI), Ağrı Şiddeti (PPI), Seçilen Tanımlayıcı Sayısı (NWC) ve Toplam Puan Ortalamalarının Ağrının Yerine Göre Dağılımı (n=75)

Ağrı Değerlendirmesi	Baş ve boyun ağrısı (n=6)			Gövde (n=19)			Üst ekstremité (n=8)			Alt ekstremité (n=39)			Perine bölgesi (n=3)			Kruskal- Wallis	p
	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan	$\bar{X}$	SS	Medyan		
1	.	.	.	5,00	1,00	5,00	5,00	1,41	5,00	4,25	1,33	4,00	.	.	.	2,079	0,354
2	.	.	.	2,00	1,00	2,00	3,00	.	3,00	2,50	0,71	2,50	.	.	.	1,236	0,539
3	2,33	2,31	1,00	3,38	2,00	4,50	3,80	1,79	5,00	4,30	1,34	5,00	4,33	1,15	5,00	3,616	0,460
4	1,00	.	1,00	2,00	1,07	2,00	3,00	,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	.	1,00	4,000	0,406
5	2,00	.	2,00	3,13	1,64	2,50	4,00	,00	4,00	2,54	1,51	2,00	2,50	2,12	2,50	2,366	0,669
6	.	.	.	2,67	0,58	3,00	.	.	.	2,40	0,89	3,00	.	.	.	0,119	0,731
7	2,00	.	2,00	1,50	0,58	1,50	1,50	0,71	1,50	1,88	0,64	2,00	3,00	1,41	3,00	3,983	0,408
8	2,50	2,12	2,50	2,00	1,22	2,00	2,00	1,00	2,00	1,88	1,17	1,00	3,00	.	3,00	1,331	0,856
9	.	.	.	3,40	2,19	5,00	3,50	0,71	3,50	3,62	1,61	4,00	5,00	.	5,00	1,520	0,678
10	4,00	.	4,00	2,80	1,30	3,00	3,50	0,58	3,50	3,09	0,70	3,00	.	.	.	2,368	0,500
11	2,00	0,00	2,00	2,00	0,00	2,00	2,00	0,00	2,00	1,58	0,51	2,00	2,00	0,00	2,00	8,016	0,091
12	2,00	0,00	2,00	1,89	0,33	2,00	1,83	0,41	2,00	2,00	0,00	2,00	2,00	.	2,00	3,649	0,456
13	3,00	.	3,00	3,00	0,00	3,00	2,00	1,41	2,00	2,14	1,07	3,00	.	.	.	1,866	0,601
14	3,33	1,15	4,00	3,80	1,10	4,00	2,00	0,00	2,00	3,13	1,06	3,00	4,00	0,00	4,00	5,297	0,258
15	2,00	.	2,00	1,50	0,71	1,50	.	.	.	1,00	0,00	1,00	.	.	.	2,333	0,311
16	3,33	1,51	3,00	2,63	1,26	2,00	2,00	0,00	2,00	2,93	1,24	2,00	5,00	0,00	5,00	9,693	0,046*
17	2,00	1,00	2,00	2,80	1,30	3,00	3,00	0,82	3,00	2,87	0,99	3,00	4,00	.	4,00	3,381	0,496
18	2,00	.	2,00	3,00	1,41	2,00	2,20	0,45	2,00	2,74	1,15	2,00	3,00	0,00	3,00	3,200	0,525
19	.	.	.	2,67	0,58	3,00	3,00	.	3,00	2,50	0,85	3,00	.	.	.	0,397	0,820
20	1,80	1,79	1,00	2,38	1,89	1,00	1,00	0,00	1,00	1,85	1,52	1,00	5,00	.	5,00	6,732	0,151

*p<0,05

11. TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde destek ve katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN'a,

Veri toplama formunda yer alan Ağrı değerlendirilmesine ilişkin soruların oluşturulmasından dolayı Doç. Dr. Ergün ÖKSÜZ'e,

Araştırmanın yapılmasına izin verdikleri için Antalya Fethi Bayçin Huzurevi, Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi ve Antalya Muratpaşa Belediyesi Yaşlı Koruma Evi müdürlüklerine,

Araştırma süresince sevgi ve sabırla yanımda oldukları için anneme, babama, ağabeylerime, eşime ve bebeğime teşekkür ederim.

HAVA KARA

2011

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Hava

Soyadı: Kara

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara 06.06.1985

Eğitimi:

2007- Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

2003- Fatih Sultan Mehmet Lisesi

23 Nisan İlköğretim Okulu

Çalışma Alanları:

2007-2009 Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, İç Hastalıkları
Hemşireliği, Nöroloji

Yabancı Dili: İngilizce

E-Posta Adresi: bilgin008@hotmail.com