

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU**  
**ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**SİLOPİ'DE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN AĞRI**  
**PREVALANSI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**DEMET ÜNLÜ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP**

**2020**



**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SİLOPİ'DE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN AĞRI**  
**PREVALANSI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**DEMET ÜNLÜ**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin  
Hemşirelik Anabilim Dalının  
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
olarak hazırlanmıştır.

**TEZ DANIŞMANI**

Prof. Dr. Nermin OLGUN

**GAZİANTEP**

**2020**

# TEZ SAVUNMA TUTANAĞI



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen, engin bilgi birikimi ve tecrübesiyle daima yol gösteren kıymetli hocam **Prof. Dr. Nermin OLGUN'a**

Yüksek lisans eğitimim süresince verdikleri tüm katkılardan dolayı Silopi İlçe Sağlık Müdürü **Dr. Metin BİLGİÇ'e** ve **Dr. Ali AFŞAR'a** Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini hep hissettiğim çalışma arkadaşlarım

**Dilek KAYTAN** ve **Songül KARAGÖZ'e,**

Tez çalışmam boyunca mesleki bilgi ve becerisinden yararlandığım desteğiyle yanımda olan değerli arkadaşım **Öğr. Gör. Tuğçe GÜZELYURT'a**

Her zaman yanımda olduğunu hissettiren, desteğiyle güç veren, sabrını ve desteğini biran olsun esirgemeyen yol arkadaşım, sevgili eşim **Öğr. Gör. Atilla ÜNLÜ'ye**

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

DEMET ÜNLÜ

Gaziantep, 2020

## ÖZET

**Demet Ünlü, Silopi’de Yaşayan Yaşlı Bireylerin Ağrı Prevalansı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2020.** Bu araştırma, Şırnak ili Silopi ilçe merkezinde yaşayan yaşlılarda ağrı prevalansı ve yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmadan önce etik kurul izni, ölçek izinleri ve araştırmanın yürütüleceği kurumdan ve katılımcılardan izin alındı. Araştırmanın örneklemini Şırnak İli Silopi İlçe merkezinde yaşayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 280 kişi oluşturdu. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ)” ve “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü WHOQOL-OLD Ölçeği (YKÖ)” kullanılarak toplandı. Verilen analizinde istatistiksel analizler R yazılımında yapıldı. Çalışmadaki nitel değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile; nicel değişkenler ortalama, standart hata, medyan, minimum ve maksimum değerleriyle verildi. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan nicel değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, 3 grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, 2’li alt grup karşılaştırmalarında Bonferonni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. Çalışmadaki tüm istatistiksel karşılaştırmalarda p değeri 0,05’in altındaki sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. GAÖ toplam ve alt boyutları ile YKÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, GAÖ toplam ölçek puanı ile “geçmiş/bugün/gelecek” ve “sosyal katılım” alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, “ölüm/ölmek” alt boyutu ile negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Ağrı nedeniyle çekilme alt boyutu ile “duyusal işlev” arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, “geçmiş/bugün/gelecek” ve “sosyal katılım” alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Sonuç olarak çalışmada; ağrıya sahip bireylerin demografik özelliklerinin ağrıyı doğrudan etkilediği belirlenmiştir. Yalnız yaşayan, kadınların, eğitim durumu ve gelir durumu düşük olan yaşlıların ağrılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ağrısı olan bireylerin yaşam kalitesinin azaldığı ve ağrısı olan fiziksel aktivitesi yapabilen bireylerin yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir. Yaşam kalitesi arttıkça yaşlı bireylerde ölüme yönelik olumsuz düşüncelerin azaldığı, özerk hareket etme, günlük aktiviteleri yerine getirme ve sosyalleşmesinin arttığı belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik, Yaşlı bireyler, Ağrı prevalansı, Yaşam kalitesi.

## ABSTRACT

**Demet ÜNLÜ, Investigation of Pain Prevalence and Quality of Life of Elderly People Living in Silopi, Department of Nursing , Graduate Thesis, Gaziantep, 2020.** This study was carried out descriptively in order to determine the relationship between pain prevalence and quality of life in the elderly living in Silopi district center of Şırnak province. Ethics committee permission, scale permissions and permission from the institution and participants of the research were obtained before the research. The sample of the study consisted of 280 people living in the Silopi District center of Şırnak Province and agreeing to participate in the research voluntarily. The data of the study were collected using "Personal Information Form", "Geriatric Pain Scale (GPS)" and "World Health Organization Life Quality Elderly Module WHOQOL-OLD Scale (LQS)". In the given analysis, statistical analyzes were made in R software. Descriptive statistics of the qualitative variables in the study were determined by frequency and percentage; quantitative variables were given with mean, standard error, median, minimum and maximum values. The suitability of quantitative variables to normal distribution was examined with the Shapiro Wilk test. Mann Whitney U test was used in 2-group comparisons of quantitative variables that did not fit the normal distribution, Kruskal Wallis test in 3-group comparisons, and Mann-Whitney U test with Bonferonni correction in 2-subgroup comparisons. In all statistical comparisons in the study, results below p value 0.05 were considered statistically significant. When the relationship between GPS total and sub-dimensions and LQS sub-dimensions is analyzed, a positive weak relationship between GPS total scale score and “past / present / future” and “social participation” sub-dimensions, negative dimension with “death / die” sub-dimension It was determined that there is a relationship. It was determined that there was a weak positive relationship between the withdrawal sub-dimension and “sensory function” due to pain, and a weak negative relationship between the “past / present / future” and “social participation” sub-dimensions. As a result in the study; It was determined that the demographic characteristics of individuals with pain directly affect the pain. It was determined that the pains of women living alone, elderly people with low education and income levels were higher. It was determined that the quality of life of individuals with pain decreased and the quality of life of individuals who could do physical activity with pain increased. It has been determined that as the quality of life increases, negative thoughts towards death decrease in elderly individuals, to act autonomously, to perform daily activities and to socialize.

**Key words:** Nursing, Elderly people, Pain prevalence, Quality of life.

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ SAVUNMA TUTANAĞI</b>	
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>I</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>II</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>III</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>IV</b>
<b>TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI.....</b>	<b>VI</b>
<b>TABLO DİZİNİ .....</b>	<b>VII</b>
<b>SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ.....</b>	<b>VIII</b>
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı .....	1
1.2 Araştırmanın Amacı .....	3
<b>2.GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>3</b>
2.1.Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması .....	3
2.2.Yaşlılığın Epidemiyolojisi .....	3
2.3.Ağrı Tanımı.....	4
2.4.Ağrının Sınıflandırılması .....	5
2.4.1. Başlama Süresine Göre Ağrı.....	5
2.4.2. Mekanizmaya Göre Ağrı.....	5
2.4.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı.....	6
2.5.Ağrı teorileri.....	7
2.5.1. Kapı Kontrol Teorisi.....	7
2.5.2.Endorfin Teorisi .....	7
2.6. Yaşlılarda Sık Görülen Ağrı Nedenleri .....	8
2.6.1. Kas İskelet Sistemi Ağrıları .....	8
2.6.2. Damarsal Kökenli Ağrılar .....	9
2.6.3. Nörojenik Kökenli Ağrılar .....	9
2.6.4.Visseral Kökenli Ağrılar .....	10
2.6.5. Kansere İlişkili Ağrılar .....	11
2.7. Yaşlılarda Ağrı Prevalansı .....	11
2.8. Yaşlılarda Ağrı Mekanizması .....	12
2.9.Yaşlılarda Ağrı Yönetimi ve Ağrının Değerlendirilmesi .....	12
2.10.Yaşlı Bireylerde Farmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	13
2.10.1. Narkotik ( opioid ) Analjezikler .....	14
2.10.2.Narkotik olmayan ( Nonopioid) Aneljezikler .....	15
2.11. Yaşlı Bireylerde Ağrı Tedavisinde Farmakolojik Olmayan Yöntemler.....	15
2.11.1 . Sıcak Uygulama.....	15
2.11.2. Soğuk Uygulama .....	15

2.11.3. Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı .....	16
2.11.4. Masaj.....	16
2.11.5. Egzersiz .....	16
2.11.6. Bilişsel (Kognitif)-Davranışsal Yöntemler .....	16
2.12. Yaşlılarda Ağrıyı Azaltmada Hemşirelik Bakımının Önemi.....	16
2.13. Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Aktif Yaşlanma .....	17
2.14. Yaşlı Bireylerde Ağrının Yaşam Kalitesine Etkisi .....	18
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>20</b>
3.1. Araştırmanın Hipotezi .....	20
3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı .....	20
3.2.1. Araştırmanın Tipi .....	20
3.2.2. Araştırmanın Yeri.....	20
3.2.3. Araştırmanın Zamanı .....	20
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	20
3.4.1. Araştırmanın Evreni: .....	20
3.4.2. Araştırmanın Örneklemi: .....	21
3.5. Veri Toplama Gereçleri .....	21
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	23
3.7. Araştırmanın Uygulanması .....	23
3.8. Verilerin İstatiksel Analizi.....	23
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>38</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>46</b>
6.1. Sonuçlar .....	46
6.2. Öneriler.....	46
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>47</b>

Ek:1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Ek:2 Etik Kurul Onay Formu

Ek:3 Kurum İzni

Ek:4 Veri Toplama Formları

Ek:5 Gönüllüleri Bilgilendirme Olur (rıza) Formu

Ek:6 İntihal Raporu

Ek:7 Araştırmacının Özgeçmiş

## TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Silopi’de Yaşayan Yaşlı Bireylerin Ağrı Prevalansı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

16/07/2020

Demet ÜNLÜ

*Demet*

## TABLO DİZİNİ

Tablo 4. 1. Katılımcılar ile İlgili Tanıtıcı Bulgular

Tablo 4. 2. Geriatrik Ağrı Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 3. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 4. Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Alt Boyutlarını Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 5. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 6. Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 7. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 8. Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşadığı Kişilere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 9. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaşadığı Kişiye Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 10. Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 11. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaşadığı Kişiye Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 12. Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 13. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 14. Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 15. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 16. Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 17. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 18. Geriatrik Ağrı Ölçeği ve Alt Boyutlarının İlaç Alımına Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 19. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin İlaç Alımına Göre Karşılaştırılması

## SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ

<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GAÖ:</b>	Geriatrik Ağrı Ölçeği
<b>GKÖ:</b>	Görsel Kıyaslama Ölçeği
<b>IASP:</b>	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı
<b>NSAID:</b>	Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar
<b>OA:</b>	Osteoartrit
<b>SSS:</b>	Santral Sinir Sistemi
<b>TÜİK:</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHOQOL-OLD:</b>	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü
<b>YKÖ:</b>	Yaşam Kalitesi Ölçeği

# 1.GİRİŞ

## 1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Yaşlanma olgusu gelişmiş ülkelerde diğer ülkelere oranla daha belirgindir. Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerde de önemi fark edilmektedir. Türkiye’de ise, yaşlı bireylerin sayısı her geçen gün artmaktadır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre, Türkiye’de 2005 yılında 65 yaş üzeri nüfus oranı %5,7, 2010 yılında %7.2 ve 2012 yılında %7,5 şeklinde değişim göstermiştir. Bu veriler doğrultusunda yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2’ye, 2050 yılında %20,8’e ve 2075 yılında %27,7’ye ulaşacağı düşünülmektedir. Türkiye’nin yaşlı nüfusu, bazı Avrupa ülkelerinin toplam nüfuslarından daha fazladır (1). Birleşmiş Milletler 2010 yılı raporuna göre dünya nüfusun yaklaşık %11’ini 65 yaş üzeri bireylerin oluşturduğunu ve bu oranın 2050 yılında %26’ya yükseleceğini de öngörmüştür (2). Bireylerin ortalama yaşam sürelerinin artması yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Bu durum ise, kronik hastalıkların artmasına ve yaşlı insanlarda yaşam kalitesinin doğrudan azalmasına sebep olmuştur. Genç bireylerde sağlık hizmetlerinin temel amacı tedavi etmek iken yaşlı bireylerde temel amaç; yaşam kalitesinin korunması ve arttırılmasıdır (3).

Yaşlanma, yaşın ilerlemesine bağlı olarak fizyolojik değişikliklerin ortaya çıkması ile akut ve kronik hastalıkların meydana gelme durumunda artışın olduğu doğal bir süreç olarak kabul edilmektedir. 65 yaş üzeri yaş grubunu ifade eden yaşlılık dönemi, yaşam kalitesinin gerilediği bir dönemdir (2). Yaşlı nüfusun artmasıyla beraber yaşlılık dönemine özgü sorunlarda artış görülmektedir. Türkiye’de 65 ve üzeri yaştaki bireylerin %90’ında minimum 1, %35’inde en az 2, %23’ünde en az 3, %15’inde en az 4 kronik sağlık sorunu bulunduğu tahmin edilmektedir (2,4).

Yaşlılıkla beraber kronik hastalıkların meydana gelme oranı artmaktadır. Bu bağlamda ağrı yaşlı bireylerde en çok belirtilen sağlık sorunu haline gelmektedir (5). Ağrı, farklı özelliklerde ve şiddetlerde meydana gelebilen bireye özgü bir deneyimdir. Bu deneyim, yaşlı bireylerin fiziksel fonksiyonlarını, iyilik durumunu ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (6).

Yaşlı bireylerde ağrının değerlendirilmesinde en önemli husus hastanın kendi ifadesidir. Ağrının yaşlı bireylerde genç bireylere oranla daha çok görülmesine rağmen yaşlı

bireylerde ağrı bildirimini daha az olmaktadır (7,8). Yaşlı hastaların ağrı konusundaki bazı yanılgıları ağrının doğru ve etkin şekilde giderilmesini engellemektedir. Yaşlı bireyler ağrıyı yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak kabullenebilmekte ve rahatsızlıklarını dile getirmeyi gereksiz görebilmektedirler (6). Mevcut diğer tıbbi problemler ve semptomlar ağrının değerlendirilmesini daha da zorlaştırmaktadır. Ağrının değerlendirilmesi, ağrının akut ya da kronik oluşu, hastanın bilişsel durumuna, kanser ve diğer kronik hastalıkların oluşturduğu ağrıya göre değişiklik gösterebilir (4,7). Hastanın ağrısına yönelik ifadelerini önemsemek ve ağrı durumunu ciddiye almak ağrının değerlendirilmesinde en doğru yoldur. Hastanın ağrı durumunun değerlendirilmesinde her ağrının kişiye özgü olduğu ve kişilerin yaşam kalitesini değişik biçimde etkileyeceği unutulmamalıdır (8).

Ağrı yaşlılıkta yaşam kalitesini en fazla etkileyen bulgulardan biridir. Ağrı sadece yaşlı bireyin kendisini değil, birlikte yaşadığı aile bireylerini ve sosyal çevresini de etkilemektedir. Bu nedenle multidisipliner bir yaklaşımla yaşlı bireylerdeki ağrı düzeyi uygun yöntemlerle doğru değerlendirilmeli ve bireyin yaşam kalitesi artırılmaya çalışılmalıdır (6).

Dünyada ve Türkiye de yaşlı nüfusunun hızla artması “yaşlı sağlığı” ve bununla bağlantılı “yaşlılarda yaşam kalitesi” kavramlarını daha da önemli hale getirmiştir. Sağlık alanındaki yenilikçi teknolojik gelişmelerle beraber tedavi yöntemlerinde ilerlemeler kaydedilmiş ve böylece yaşam süresi artmıştır. Bu durum kronik hastalıklarla daha uzun yaşama zorunluluğu doğurmuştur. Bu bağlamda yaşam kalitesinin önemi yaşam süresine bağlı olarak artmaya devam etmiştir (9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, bireylerin beklentilerinin, hedeflerinin, standartlarıyla kaygılarının, kültür ve değerleri çerçevesinde farkında olarak yaşamdaki konumlarını algılaması olarak ifade etmiştir. Yaşam kalitesi insanların sosyal ilişkilerini, psikolojik durumlarını, bağımsızlık düzeylerini, fiziksel sağlığını, çevreyle etkileşim durumunu ve inançlarını kapsamaktadır (10). Yaşlı bireylere yönelik olan hizmetlerin temel amacı, yaşlı bireylerin aktif bir yaşam sürme süreçlerine ve yaşam kalitelerini korumalarına destek olmaktır.

Hemşireler, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin ve yaşamdan aldıkları doyumun artması amacıyla fiziksel ve ruh sağlıklarının korunmasında sosyal destek kaynaklarının değerlendirilmesinde, bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve gerekli uygulamaların ortaya konulmasında önemli bir role sahiptir (11).

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma Silopi’de yaşayan yaşlı kişilerin ağrı prevalansı ile yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapıldı.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması**

Yaşlanma evrensel, ayrıcalık gözetmeksizin tüm canlılarda görülen, bütün işlevlerde azalmaya sebep olan ve durdurulması mümkün olmayan kronolojik, biyolojik, sosyal boyutları ve sorunları olan bir süreçtir (2, 12).

Yaşlılık döneminin kronolojik olarak tanımlanabilmesi için, DSÖ 65 yaş ve üstü yaşlılık sürecidir. Kronolojik yaş sınıflamasına göre; genç yaşlılık 65-74 yaş grubu, ileri yaşlılık 75-84 yaş grubu ve çok ileri yaşlılık 85 ve üzeri yaş grubu olarak tanımlanmıştır (13).

65 yaş üzeri bireyler geriatric yaş grubu olarak kabul edilmektedir. Geriatri, 65 yaş üstü bireylerin hastalıkları, fonksiyonel yaşamları, sağlık sorunları, yaşam kaliteleri, sosyal, duygusal ve zihinsel halleri, koruyucu hekimlik uygulaması ile ilgilenen bilim dalıdır (2).

Yaşlanmayla birlikte bireylerin vücut fonksiyon ve yapılarında oluşan değişimler biyolojik yaşlılık olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik yaşlılığa bağlı olarak organlarda oluşan değişimler fizyolojik yaşlılık olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin kendini yaşlı hissetmesinden kaynaklı hayat görüşünün ve yaşam biçiminin değişmesi duygusal yaşlılık olarak tanımlanmaktadır. Kendi yaş grubundaki bireylerle karşılaştırıldığında toplumdaki işlevlerin sürdürülememesi ise fonksiyonel yaşlılık olarak tanımlanmaktadır (13,14).

### **2.2.Yaşlılığın Epidemiyolojisi**

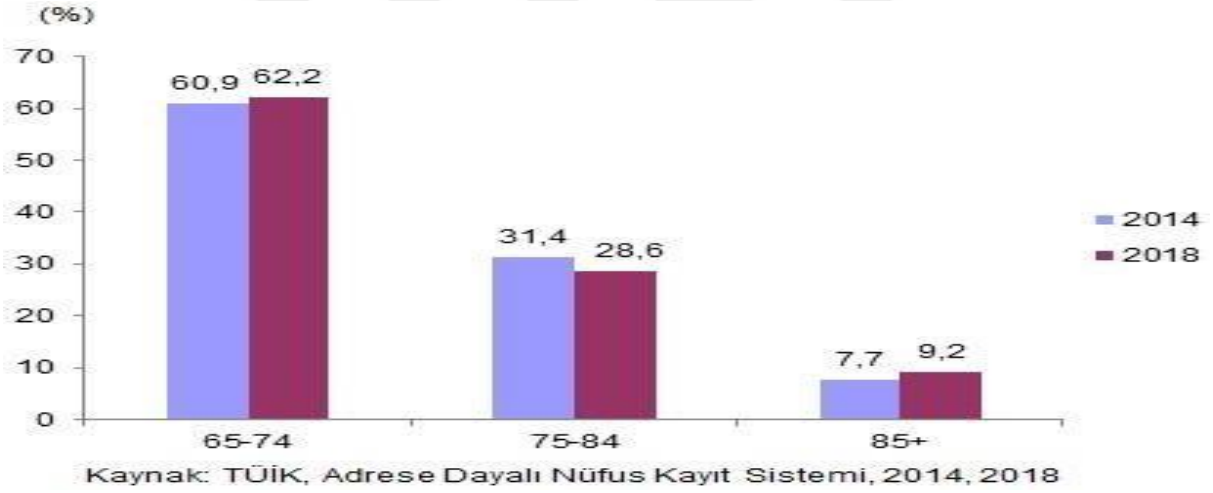
21. yüzyılda nüfusun giderek yaşlanma eğilimi göstermesi önemli demografik durumlardan biri olmuştur. Doğum oranları Tüm dünyada azalmakta, insan ömrüyle yaşlı nüfus oranı artmaktadır (2).

Toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun oranının ve yaşam beklentisinin artmasında; teknolojik değişimlerin sağlık hizmetlerinde aktif kullanımı, doğum oranlarının azalması, hareketli yaşam şekli, bilinçli beslenme önemli bir rol oynamıştır. Nüfus araştırmaları incelendiğinde; çocuk-yaşlı birey sayısı öncelikli olmakla birlikte ilerleyen yıllarda nüfus

yapılarında hızlı değişimler olacağı tahmin edilirken, 2050 yılında yaşlıların sayısının çocukların sayısına ulaşacağı öngörülmektedir (3).

Türkiye’de yaşlı nüfus her geçen gün artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) araştırmalarına göre, 2012 yılında 65 yaş ve üstü birey sayısı 5,7 milyona ulaşmışken, 2023 yılında sekiz milyon civarında olacağı belirtilmektedir. 2023 yılında her on kişiden birinin 65 yaşının üstünde olacağı öngörülmektedir. Bu durum Türkiye’nin çok yaşlı nüfuslu ülkelerden biri olacağına işaret etmektedir. Ayrıca 2014 yılında Türkiye’de 100 çalışanın bakmakla sorumlu olduğu yaşlı birey sayısı 12 iken, 2023 yılında 15 olması beklenmektedir (1,3). TÜİK 2018 verilerine göre yaşlı birey sayısı, 2014 yılında altı milyonu aşmıştır. 2018 yılında ise yedi milyonu aşmıştır (2).

Yaşlı nüfus dağılımı, yaş grupları doğrultusunda incelendiğinde, 2014 yılında yaşlı nüfusun %60,9’unun 65-74 yaş, %31,4’ünün 75-84 yaş ve %7,7’sinin 85 ve üstü yaş aralığında yer aldığı görülmüştür. 2018 yılında ise yaşlı nüfusun, %62,2’sinin 65-74 yaş, %28,6’sının 75-84 yaş ve %9,2’sinin 85 ve üstü yaş aralığında yer aldığı görülmüştür (15).



### 2.3. Ağrı Tanımı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı’na (International Association for the Study of Pain=IASP) göre ağrı; mevcut ya da gerçekleşmesi ihtimal dahilinde olan doku hasarına eşlik eden ya da bu hasarla tanımlanması mümkün olan, hoşnutsuzluk yaratan duysal ve emosyonel deneyimdir. Ağrı kişiye özgü bir deneyim olması nedeniyle ağrının yaşam kalitesine etkisi de kişiye özgüdür. Ağrıyı değerlendirmenin en güvenilir yolu hastanın ifadelerine güvenmek ve ağrı durumunu ciddiye almaktır (8,16).

Ağrı doku hasarının bilinçsizce farkına varılması olarak da tanımlanır. Ağrı birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran hastaların şikâyetleri arasında birinci sıradadır ve hastaların yaklaşık % 10-20'si kronik ağrıdan şikâyetçidir (13). Akut ve kronik ağrılar, fonksiyonel kayıplara, ilaç bağımlılığına, ağrılı bölgeyi kullanmama nedeniyle uzuvlarda kuvvet kaybına, uyku bozukluğuna, depresyona, yaşam kalitesinin azalmasına sebep olabilmektedir. Bu durumlar hastayı olumsuz etkileyen olumsuz sağlık problemleri arasında yer almaktadır (17,18).

#### **2.4.Ağrının Sınıflandırılması**

Ağrı, başlama süresi, mekanizması ve ağrı bölgesi (kaynağı) olmak üzere üç temel başlıkta gruplandırılabilir.

##### **2.4.1. Başlama Süresine Göre Ağrı**

Süreye göre ağrı; akut ağrılar ve kronik ağrılar olmak üzere iki şekilde gruplandırılmaktadır.

##### **Akut Ağrı**

Akut ağrılar, travma, enfeksiyon, burkulma, çıkık, artrit gibi doku hasarı ile bağlantılı kısa süreli ağrılardır. Akut ağrı vücudun yaralanmasını takip eder ve çoğu zaman vücuttaki hasar iyileştiğinde ortadan kaybolur (19,20,21).

##### **Kronik Ağrı**

Kronik ağrı üç aydan uzun süre devam eden, uzun süre tedavi edilmesi gereken, kişiye özel ve çok yönlü yaşantıya sahip olan, duyuşsal, bilişsel ve davranışsal durumları kapsayan multifaktöriyel özellikli ağrı olarak tanımlanmaktadır (22,23). Kronik ağrıda akut ağrıdaki gibi otonomik cevaplar bulunmamaktadır. Sempatik tonusun artmasıyla beraber ve nöroendokrin fonksiyonda artmaktadır (17).

##### **2.4.2. Mekanizmaya Göre Ağrı**

##### **Nosiseptif Ağrı**

Nosiseptörler, sinir sistemi haricindeki bütün dokuların ve organların sahip olduğu reseptörler olarak tanımlanır. Nosiseptif ağrı, nosiseptörlerin ağrı olarak algılanan uyarılarını ağrıyı ileten lifler aracılığıyla omuriliğe oradan da talamusa göndermesi sonucunda serebral korteksin iletiyi ağrı olarak algılanmasıdır (13).

## **Nöropatik ağrı**

Nöropatik ağrı; nörojenik dokulardaki histopatolojik ya da fonksiyonel bir değişiklik sebebiyle meydana gelen ağrıdır. Nöropatik ağrı primer bir lezyon, disfonksiyon, periferik veya santral sinir sistemindeki anormal sinyal iletiminden kaynaklanan bir ağrı olarak tanımlanabilir. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı gibi hisler oluşturmasıyla birlikte, elektrik çarpması ve yanma, disestezi ve kas güçsüzlüğü, otonomik disfonksiyon gibi bulgularla karakterize olan ağrı tipidir (16,24).

Nosiseptif ağrı nosiseptörlerin uyarılması ile başlayıp tedavi ile sonlanan bir ağrı çeşidi iken, nöropatik ağrı, sinirlerde hasar görme veya diyabet gibi metabolik sendrom bozukluğu olan durumlarda ağrı algılayıcıların direkt olarak hasar görmesiyle ilişkili ağrı tipi olarak karşımıza çıkmaktadır. Nöropatik ağrı mekanizmasında nosiseptif uyarı verecek kaynak bulunmaz. Uyarı duyuşsal bozukluğun bulunduğu bölgede algılanır (16).

### **2.4.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı**

Kaynaklanan bölgeye göre ağrı; somatik, visseral, sempatik ve periferik olarak 4 grupta incelenir.

#### **Somatik Ağrı**

Cilt, cilt altı, tendon, eklem ve kaslardan kaynaklanan, iyi lokalize edilen, kuvvetli bir ağrıdır. Hareket halinde artarken dinlenme halinde azalır. Postoperatif ağrı ve romatoid artrit somatik ağrıya örnektir (13).

#### **Visseral ağrı**

Visseral ağrı gerilme, kramp, kolik, sıkışma tarzında olan çoğunlukla organlardan kaynaklanan ve iyi lokalize edilemeyen ağrılar olarak tanımlanır. Boş organ distansiyonu nedeniyle meydana gelir ve yavaş başlar. Bulantı kusma gibi belirtiler ağrıya eşlik eder (25).

#### **Sempatik ağrı**

Damarsal kökenli ağrılar, sempatik sinir sisteminin aktif hale gelmesi sonucu oluşmaktadır (17).

## **Periferel ağrı**

Kaslar, tendonlar ya da doğrudan periferik sinirlerin kendisinden oluşan ağrılar olarak tanımlanır (17).

### **2.5.Ağrı teorileri**

Ağrının kompleks yapısını açıklamaya çalışan teorilerin ilk temellerinin 1800’li yıllarda atıldığı bilinmekle birlikte, günümüzde de psikolojik, nörofizyolojik ve sosyal araştırmaların katkısıyla yeni ağrı teorilerinin geliştirilmesine devam edilmiştir (26).

#### **2.5.1. Kapı Kontrol Teorisi**

Melzack ve Wall 1965 yılında kapı kontrol teorisiyle ilgili araştırmalar yapmış ve ağrı nörofizyolojisine ait önemli bulgulara ulaşmıştır. Ağrı mekanizmasında merkezi sinir sisteminin önemi bu teoriyle önem kazanmış ancak merkezi sinir sistemindeki uzun vadeli farklılıklar tam olarak açığa kavuşturulamamıştır (13).

Kapı kontrol teorisine göre; ağrının oluşumu ve şiddet düzeyi nörolojik uyarıların geçişi ile ilgilidir. Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları bu geçişleri kontrol etmektedir. Kapının açık olması durumunda ağrılar farkındalık seviyesine ulaşmakta ve ağrı hissedilmektedir. Kapalı olması durumunda ise ağrı bilinç düzeyine ulaşmamakta ve ağrı hissedilmemektedir (13).

Bu teoriye göre; deri uyarımı ve normal veya aşırı girdi ağrıyı giderebilmektedir. Bununla birlikte ağrının nedeni ve çözümü hakkında doğru bilgi verilmesi, kaygı ile depresyonda azalma ve kontrol duygusu sağlama da ağrıyı giderebilmektedir (26).

Derinin uyarılması ağrının ortadan kaldırmasındaki rolü iki farklı biçimde açıklanabilmektedir. Bunlardan ilki, Kapı-Kontrol Teorisine göre, derinin uyarılması büyük çaptaki liflerin uyarılması sonucu ağrıyı ileten küçük çaptaki lifleri baskılamaktadır. Böylelikle ağrı olarak hissedilen uyarıların geçişine kapıyı kapamaktadır. İkincisinde ise, derinin uyarımlarında bazen vücudun doğal morfini olarak bilinen endorfinin açığa çıkması artmaktadır. Bu doğrultuda ağrı azalmakta veya giderilmektedir (27).

#### **2.5.2.Endorfin Teorisi**

Vücudun kendi salgıladığı opioidlere benzeyen maddeler 1973’lerin ortalarında endorfin olarak tanımlanmıştır. Endorfin terimi endojen ve morfin kelimelerinin birleşimi

olup morfin içeren anlamındadır. Endorfinler uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını engellemek amacıyla sinir sistemindeki opioid reseptörlerine tutunarak ağrının geçişini bloke ederler (13).

## **2.6. Yaşlılarda Sık Görülen Ağrı Nedenleri**

### **2.6.1. Kas İskelet Sistemi Ağrıları**

Yaşlı popülasyonun büyük bir bölümünde kas-iskelet sisteminin neden olduğu ağrı ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinde azalma görülmektedir. Sağlık istatistiklerine bakıldığında kas-iskelet sistemi hastalıklarına bağlı ağrı ve fonksiyon kayıplarının hekime başvurmada temel sebep olduğu görülmektedir (13,28).

Yaşlılarda kas iskelet sisteminden kaynaklı hastalıklar; osteoartrit, osteoporoz, osteomalazi, fibromiyalji, inflamatuvar romatizmal hastalıklar, Myofasiyal ağrı sendromu ve bölgesel ağrılar (baş, boyun, dirsek, omuz, sırt, kalça, bel, ayak, diz, ayak bileği ağrıları) yaşlılardaki ağrıların en önemli nedenleri olarak görülmektedir (27).

Bunlardan en yaygını ve yaşlılarda ağrının en çok sebebi kas iskelet sistemi hastalığı osteoartrit (kireçlenme) ve osteoporozdur. Osteoartrit, eklem kıkırdağının tahrip olması ve eklem çevresi kemik yapılarının tekrar biçimlenmesiyle giden, ilerleyici özelliğe sahip olan, sistemik biçimde gerçekleşmeyen ve dünyadaki en yaygın eklem hastalığıdır. Bütün eklemlerde görülse de en yaygın diz, el, omurga ve kalça eklemlerinde meydana gelmektedir (28).

Günlük hayatta en fazla yük taşıyan eklemlerden biri olan diz eklemi en kolay dejenerasyona uğrayan eklemlerden biridir. Ağrı ve kullanılmamaya bağlı meydana gelen kas atrofisi, diz osteoartritli bireylerin fonksiyonel düzeylerini ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır (29).

Osteoartrit görülme sıklığı yaşla paralel olarak artmaktadır. Osteoartrit 55 yaşın üzerinde %10 oranında görülürken, 75 yaş üzerinde sıklığı %50 yi geçmektedir. Kadınlarda osteoartrit gelişimi erkeklerden iki kat fazladır (28,30).

Osteoporoz, kemik kütlelerinin azalması, kemik yapısının bozulması nedeniyle kemik kırılabilirliğinin artması neticesinde meydana gelen sistemik bir iskelet hastalığıdır. Yaşla beraber kemik yoğunluğunun azalmasıyla kemikler çok kırılabilir olmaktadır. Böylelikle

osteoporoz süreci başlamış olur. Osteoporoz ve bu durum sonucunda oluşan kırık gelişimi ve kalça kırıkları riski yaşlanmayla birlikte artmaktadır (28,31).

Yaşlılıkta bel ve boyun ağrıları da yine en çok yakınılan şikâyetlerden biridir. Bel ağrısının, yaşlıların günlük yaşamını kısıtlamadaki rolü oldukça yüksektir (28).

### **2.6.2. Damarsal Kökenli Ağrılar**

Yaşlılarda ağrıya neden olan damarsal kökenli hastalıklar; iskemik hastalıklar, periferik vasküler hastalıklar, otoimmün hastalıklar, venöz tıkanıklıklar ve tıkayıcı damar hastalıkları kaynaklı hastalıklardır (31). Yaşlılarda ağrıya neden olan en önemli otoimmün hastalık temporal arterittir. Temporal arterit görme kaybı, şiddetli baş ağrısı, saçlı deri hassasiyeti ve çenede yorgunluk ile karakterize bir tablodur (28).

Yaşlılık döneminde sıklıkla rastlanan kardiyovasküler hastalıklar, koroner arter hastalıklar, hipertansiyon, kalp yetmezliği, akut miyokard infarktüsü, atriyal fibrilasyon, venöz tromboz ve kapak hastalıklarıdır. Özellikle yaşlanmayla kendini gösteren koroner arter hastalıkları hastanın fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonlarını kısıtlayarak yaşamdan doyum almasını engellemektedir. Bu durum bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır (32,33).

Koroner arter hastalıkları tüm dünyada en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Yaş ile artmakla birlikte 45-74 yaş arası genel popülasyonda % 0,1-20 arasına da angina pectoris ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda sık görülen ve iskemik hastalıkların başında gelen anjina pectoris, göğüs, çene, omuz, sırt ve kolda rahatsızlık ya da ağrı hissiyle karakterize klinik bir sendrom olarak tanımlanır (34).

### **2.6.3. Nörojenik Kökenli Ağrılar**

Yaşlılarda nörojenik kökenli ağrılar; sinir kökü iritasyonları, baş ağrısı, postherpetik nevraljiler ve periferik nöropatiler olarak sıralanabilir.

Baş ağrısı prevalansı ve etyolojisi yaşa bağlı olarak değişebilmektedir. Primer baş ağrılarının prevalansı yaşa bağlı azaldığı, temporal arterit, postherpatik nevralji, trigeminal nevralji, beyin tümörleri gibi nörolojik hastalıklara ve sistemik hastalıklara sekonder gelişen baş ağrısının sıklığının arttığı belirtilmektedir. Ancak yapılan araştırmalar incelendiğinde primer baş ağrısının bu popülasyonda yaygın olduğu belirlenmiştir. Benzer araştırmalarda

65 yaş üstünde yalnızca % 10-20 oranında sekonder baş ağrısına rastlanıldığı ifade edilmiştir (35).

Ağrının algılanma durumu yaşlanma süreciyle farklılaşmaktadır. Beyin hacminde azalma görülmekte, beyindeki beyaz maddede atrofi olmakta, dendrit yapısı farklılaşmakta, nörotransmitter ve ağrı reseptör fonksiyonuyla yoğunluğu azalmaktadır (36).

#### **2.6.4.Visseral Kökenli Ağrılar**

Yaşlılarda visseral kökenli ağrılar; kolelitiazis, pankreatit, divertiküllitler, peptik ülser, inflamatuvar bağırsak hastalığı, konstipasyon, hemoroid, spastik kolon, üriner sistem infeksiyonları ve anal fissür gibi durumlardan meydana gelmektedir (31,36).

Yaşlılarda mide bağırsak sistemi, uzun süreli alkol ve tütün tüketimi, mesleki ve çevresel etkenler, hipertansiyon, kalp yetmezliği, damar tıkanıklığı, akciğer hastalıkları, diyabet, böbrek yetmezliği, beyin hastalığı, demans, depresyon vb. çeşitli hastalıklardan ve bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlardan etkilenmektedir. Yaşlanmanın sindirim sisteminde görülen etkisi, hareket, mukus ve emilimde azalmadır (13,28).

Gastrointestinal sistemdeki ağrı nedenlerinden biri olan peptik ülser bütün yaş gruplarında rastlanmakla birlikte yaşlı bireylerde daha ciddi seyretmektedir. Bu durumun nedeni, yaşlanmayla birlikte ülser oluşumunu tetikleyen nonsteroid antiinflamatuvar ilaç ve asetil salisik asit ilaçlarının kullanımınıdır. Ayrıca *Helikobakter pylori* prevalansı artmaktadır. *Helikobakter pylori* yaşlı bireylerde peptik ülser hastalığının patogenezinde en etkili faktördür (37).

Yaşlılarda yine en çok görülen rahatsızlıklardan biri olan konstipasyon yani kabızlık, haftada 3 ya da daha az dışkılama sıklığı veya normal dışkılama sıklığı ile birlikte tam boşalamama hissi, alt karın bölgesinde şişkinlik, gerginlik, huzursuzluk, rahatsızlık gibi şikayetler olarak tarif edilmekle birlikte hastalık değil semptom olarak kabul edilir. Yaşlı bireylerde yaklaşık %24-50 oranında görülmektedir (38).

Konstitipasyona bağlı olarak meydana gelen anal fissür ise, genellikle anal kenardan dentat hatta kadar uzanan doğrusal veya gözyaşı damlası şeklinde olan mukozal yırtıklar şeklinde gözlenmektedir. Anal fissür yaşlı bireylerde ağrıya sebep olabilmekte ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyebilmektedir (39,40).

### **2.6.5. Kansere İlişkili Ağrılar**

Kansere bağlantılı ağrı sendromları kronik ya da akut ağrıdır. Kronik ağrı sıklıkla tümör infiltrasyonu ile ilişkili olup içi boş organların obstrüksiyonu, kemik-yumuşak doku infiltrasyonu, kan, sinir ve lenf damarlarının bası altında kalması neticesinde meydana gelmektedir. Akut ağrı ise, genellikle biyopsi anjiyografi ve endoskopi gibi tanı işlemiyle veya radyoterapi, cerrahi, kemoterapi gibi terapötik girişimler ile bağlantılıdır. Yaşlı olan kanser hastalarında ağrının çeşitli sebebi olabilmektedir. Yaşlı bireylerde kanser neticesi meydana gelen ağrı sendromları etiyojilerine göre üç büyük grupta toplanmaktadır (41,42). Bu üç grup;

- Ağrıya duyarlı yapıların tümörle invazyonu ya da kompresyonuna bağlı ağrılar.
- Kansere tanı ve tedavisine (kemoterapi, cerrahi, radyoterapi gibi) bağlı ağrılar:
- Kansere dışı sebepli bağlı ağrılardır.

### **2.7. Yaşlılarda Ağrı Prevalansı**

Ağrı yaşlılık döneminde karşılaşılan en önemli sağlık problemlerinden biridir. Yaşlı bireylerin sayısında artış olması farklı sağlık sorunlarını meydana getirmektedir. Yaşlılıkta kronik hastalıklara rastlanma durumu artış göstermekte ve ağrı en sık yaşanan sağlık problemlerinden biri durumuna gelmektedir. Yapılan birçok araştırmada yaşlı bireylerin %80-85'inin hayatları boyunca minimum bir defa ağrıya beraber ciddi bir sağlık problemi yaşayabilecekleri belirtilmiştir (5,6).

Tanrıverdi ve arkadaşlarının araştırmasında ağrı prevalansı; %88,5 ve kronik ağrı prevalansı %64,7 olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte yaşlı bireylerin %49,4'unda ağrının gün bazlı yaşandığı tespit edilmiştir. Ağrının yaşandığı bölgeyle ilgili araştırmalarda ise, ana başlık olarak en sık rastlanan üç yer tespit edilmiştir. En yaygın sırasıyla; bel-sırt, bacak, diz-kalça ve diğer eklemlerde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda yaşlı bireylerin öncelikli olarak belirttiği ağrı bölgesi %27,3 baş, sonra sırt-bel 24,6, daha sonra da bacak-dizdir %18,5. Bununla birlikte cinsiyet doğrultusunda, yaşlı kadınların, yaşlı erkeklere oranla daha fazla ağrı prevalansı olduğu tespit edilmiştir (40). Yaşlı bireylerin en sık yaşadığı sorunlardan birinin ağrı olmasıyla birlikte yaş ilerledikçe eklemlerde lokalize olanlar haricindeki ağrılarda azalma olabilmektedir. Yaşlıların çoğunluğu ağrıyı, yaşlılığın ilerlemesi neticesinde doğal bir süreç olarak kabul etmektedir. Bu durum ağrının ve

sebeplerinin tespit edilmesini ve araştırılmasını engelleyen en büyük nedenlerden biridir (4,37).

## **2.8. Yaşlılarda Ağrı Mekanizması**

Yaşlılarda ağrı mekanizması yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişikliklerden etkilenmektedir. Yaşlanma süreciyle beraber solunum kapasitesi, glomerüler filtrasyon hızı ve kardiyak indeksler azalmaktadır. Nefes alma mekanizması ve kardiyak indeksindeki farklılıklar hasta bireylerin performansını ve tedaviye verdiği yanıtı etkilemektedir. Glomerüler filtrasyon hızındaki azalma ise ilaç farmokinetiğini olumsuz yönde etkilemektedir (7). Ayrıca yaşla birlikte sinir ileti hızı azalmaktadır (37).

Sonuç olarak nosiseptif reseptörlerin ve opioid reseptörlün sayısında yaşa bağlı azalma görüldüğü ve tüm bu değişikliklerin ağrının algılanmasını ve opioidlere hassasiyeti etkilediği görüşüne varılmıştır (7).

## **2.9. Yaşlılarda Ağrı Yönetimi ve Ağrının Değerlendirilmesi**

Yaşlı bireyler tarafından en fazla ifade edilen problemlerden biri olan ağrı, sinirsel ve duysal bir tahribat sonucu meydana gelen ve bireyin belleğine, duygusal haline, beklentilerine göre farklılık gösterebilen bir olgu olarak ifade edilmektedir.

Ağrının belirlenmesi, değerlendirilmesi veya ölçülmesi sürecinde kullanılan laboratuvara bağlı belirleyici olmaması nedeniyle bireylerin ifadeleri ağrının tanımlanması ve şiddeti konusunda güvenilir bir kaynak olarak ele alınmaktadır (37, 43).

Nitekim Amerikan Geriatri Derneği'nin yaşlı kişilerde ağrıya yönelik hazırladığı raporda hasta beyanının en güvenilir delil olduğu yer almaktadır. Yaşlı bireylerde genç bireylere kıyasla ağrı görülmektedir. Buna rağmen, yaşlılar ağrılarını daha az ifade etmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerde var olan diğer tıbbi durum ve semptomlar değerlendirmeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (6).

Bilişsel yetersizlikler, görsel ve işitsel sorunlar, hastanın ağrısını tam anlamıyla ifade etmesini engelleyerek iletişim kurulması, doğru öykü alınması ve fiziksel muayene yapılmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle yaşlıya açık uçlu sorular sorulmalı ve dikkatli bir gözlem yapılmalıdır. Gerekirse yakınlarından hastanın ağrısı ile ilgili bilgi alınması sağlanmalıdır (6).

Her semptomda olduğu gibi ağrı değerlendirmesinin ilk aşama hastanın öyküsünü almakla başlamalıdır. Öykü alınırken ağrının başlama zamanı, yeri, hastanın ağrıyı nasıl tanımladığı (yanma, rahatsızlık, sızı vb.), ağrıyı artıran ve azaltan etmenler, şiddeti, niteliği, zaman ve durumlara göre değişimleri, son bir haftadaki en kötü ağrı deneyimleri, günlük yaşantıya yaşama etkisi, geleneksel ağrı giderme yöntemleri kullanma durumu ve ağrı gidermek ya da başka hastalık / hastalıkları için kullandığı ilaçlar belirlenmelidir. Bunun yanında yaşlının ağrı davranışları (yüz buruşturma, huzursuzluk, içe kapanma vb.) da değerlendirilmelidir (41).

Yaşlılarda ağrının şiddetini ölçmede sıklıkla sözel ya da sayısal ölçekler, ağrı termometreleri ya da yüz ifadesine dayalı ölçekler; Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Sayısal Ölçek ve Basit Tanımlayıcı Ölçek kullanılmaktadır. Yaşlının sayısal ölçeği anlamakta güçlük çektiği durumlarda sözel ölçekler kullanılmalıdır (39).

Yaşlı bireylerde ağrılı uyarana hassasiyet azalmıştır. Fakat bu durum yaşlıların daha az ağrı duydukları anlamına gelmemektedir. Yaşlılar ağrılarını ifade ettiklerinde, ağrıya neden olan durumun benzer düzeyde ağrı bildiren gençlere göre daha ciddi bir düzeyde olduğunu gösterebilmektedir (39).

Ayrıntılı tıbbi öykü alınmalı, detaylı fizik muayenesi yapılmalıdır. Fizik muayenesi ağrıdığı belirtilen yeri, bununla birlikte santral sinir sistemini ve kas iskelet sistemini de kapsamalıdır. Gerek olması durumunda psikiyatrik ve bilişsel muayene de izlenmelidir. Yaşlı bireyin ağrı düzeyine ve durumuna göre tıbbi öykü ve fizik muayenede elde edilen bulgulara göre ek olarak tanısal testler de ihtiyaç duyulabilmektedir (39,40).

## **2.10. Yaşlı Bireylerde Farmakolojik Tedavi Yöntemleri**

Ağrının tedavi edilmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biri de Farmakolojik yöntemlerdir. Farmakolojik tedavide nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAID), opioidler, nöropatik ilaçlar ve adjuvan ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçlar analjezinin devamlı ve yeterli düzeyde olmasını sağlayabilecek biçimde, sabit aralıklarla ve belli protokollere bağlı olarak verilmelidir. Farmakolojik tedavide, polifarmasi, ilaç-ilaç etkileşimleri ve yaşla birlikte ilaç metabolizmasında oluşan farmakokinetik (emilim, dağılım, metabolizma ve atılım) ve farmakodinamik değişiklikler göz önünde bulundurulmalıdır (44,45,46). Bu sebeple ilacın dozu göreceli şekilde kan seviyesini fazla yükseltebileceği için öncelikle düşük dozla başlanmalıdır. Benzer sebeplerden kaynaklı

ilaçların yarılanma süreleri de etkilenebileceğinden yarılanma süreleri kısa olan ilaçlar kullanılmalıdır. Bununla birlikte yaşlı bireylerde önemli bir problem olan polifarmasiden kaynaklı, NSAID ilacın günde tek doz kullanılması bir tercih sebebi olabilmektedir. Yaşlılarda NSAID'lerin bilinçsiz şekilde kullanılması özofagus hasarı ve mide kanamalarına neden olmakta ve opioidler ise demanslı yaşlılarda konfüzyona neden olarak düşme riskini arttırmaktadır. Ayrıca adjuvan analjeziklerin birçoğunun sedasyon, konfüzyon ve konstipasyon gibi yan etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda tedaviye düşük dozlarda başlanması ve doz artırımının yavaş yavaş yapılması önerilmektedir (47,48,49).

### **2.10.1. Narkotik (opioid ) Analjezikler**

Santral sinir sisteminde spesifik opioid reseptörlere bağlanarak agonist etki gösteren doğal ve sentetik maddelere opioid denmektedir.

Ağrı santral ve periferik sinir sisteminde opioidler aracılığıyla modifiye edilmektedir. Şiddetli ağrılarının tedavi edilmesinde opioid analjezikler kullanılmaktadır (50). Opioidler uygulama yolu çeşitliliği, doz titrasyonunun kolay olması, güvenilirliği ve bütün ağrı çeşitlerinde etkili olması nedeniyle genellikle tercih edilmektedir (51).

Opioidler şiddetli ağrılarının tedavisinde çok yararlı ilaçlardır ve ağrıyı gidermek için SSS'ni etkilemektedir. Endojen opioidlerdeki gibi SSS'ne ve gastrointestinal kanala dağılmış olan opioid reseptörlerine bağlanmakta ve bu reseptörler ağrı geçişini durdurmaktadır (52). Opioidler; etkilerine göre, kuvvetli opioidler (morfin, hidromorfon, metadon, levorfanol, meperidin) ve zayıf opioidler (propoksifen, kodein, oksikodon, hidrokodon olarak) sınıflandırılabilirler (52). Yaşlılar, opioid farmakokinetiğinde farklılaşma ve yarı ömürlerinde uzama sebebiyle, genç bireylerde uygulanan dozlardan düşük dozlarda rahatlama sağlamaktadır. Opioidlerin yan etkilesi ve tolerans gelişimi de yaşlıda daha kolay ve daha sık görülmektedir (52,53). Tolerans uygulanan doza, uygulama yoluna, tekrarlama sıklığına bağlı farklılık gösterebilmektedir Başka bir yan etkisi ise, fiziksel ve psikolojik bağımlılığa neden olmasıdır. Bununla birlikte, konstipasyon, letarji, sedasyon, bulantı, kusma, solunum depresyonu, konsantrasyon bozukluğu gibi yan etkilere de rastlanabilmektedir. Pulmoner fonksiyon bozukluğunda, kafa travmalarında ve karaciğer yetmezliğinde kullanılmamalıdır (53).

## **2.10.2.Narkotik olmayan ( Nonopioid) Aneljezikler**

Ağrı tedavisinde ilk yaklaşım olarak kullanılan bu ilaçların çoğunluğu antipiretik, analjezik ve antiinflamatuvar etkilerin hepsine sahiptir. Hafif ve orta şiddetteki ağrılarda kullanılmaktadır. Tek kullanıldıkları gibi, farklı adjuvan ilaçlar ya da opioid ilaçlarla beraber de kullanılabilir (54). Non opioid analjezikler; asetaminofen, aspirin, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve metamizoldür (53,54).

Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçların en sık yan etkileri gastrointestinal sistemde ortaya çıkmakla birlikte, hematolojik ve renal yan etkiler de sık görülmektedir. Antiinflamatuvar ilaçlar, yaşlı hastalarda nadiren baş ağrısına, kognitif yetersizliğe, konstipasyona yol açabilirler. Böbrek problemi, siroz gibi karaciğer hastalığı, kalp hastalığı olan, diüretik, antihipertansif, antidiyabetik, lityum, dijital preparatları alan yaşlı hastada yararından çok zararı olabilir. Antikoagulan alan yaşlı bireylerde kesinlikle kullanılmamalıdır. Özellikle de uzun yarılanma ömrü olan NSAİİ'ler, yaşlı hastada tercih edilmemelidir. Parasetamol ve metamizolün, gastrointestinal sisteme ve trombositlere etkileri görülmemektedir. Yaşlı hastalarda da sıklıkla kullanılmaktadır (55,).

## **2.11. Yaşlı Bireylerde Ağrı Tedavisinde Farmakolojik Olmayan Yöntemler**

### **2.11.1 . Sıcak Uygulama**

Lokal sıcaklık; kapı kontrol teorisi ile ağrı kontrolünü sağlar, vazodilatasyon ile iskemik ağrıyı azaltır, endorfin salınımını artırır, sinir iletim hızını değiştirir, ağrı eşiğini yükseltir, genel sedasyonu sağlar, ağrılı kas spazmını çözerek ağrıyı azaltır (56, 57,58). Yaşlılarda ayrıca dikkat edilmesi gereken sıcak uygulama özellikle duyguların azaldığı bölgeye uygulandığında ya da kişinin kognitif fonksiyonları tam değilse sıcaklık 40-45°C arasında olmalıdır (59, 60, 61).

### **2.11.2. Soğuk Uygulama**

Soğuk, sinir uçlarının duyarlılığının azalması, enflamasyonun baskılanması, kas spazmı ve kasılmanın azalması gibi etkilerle ağrıyı azaltır. Küçük miyelinsiz liflerin iletim hızını ve sinaptik aktivitesini etkiler ve özellikle abdominal ağrılar, bel ağrısı ve nöral kökenli ağrılarda etkilidir. Soğuk uygulama da tıpkı sıcak uygulama gibi ağrı eşiğini etkiler ve sıcak uygulamaya göre daha hızlı ve ağrıyı daha uzun süre kontrol altına alır (56,62,63).

### **2.11.3. Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı**

Elektrotların cilde yerleştirilmesi sonrasında kontrollü olarak sinir sistemine düşük voltaj seviyesinde elektrik akımının verilmesi şeklinde gerçekleşen yöntemdir. Bununla birlikte duyuşal A liflerini yüksek frekans stimölasyonu ile uyarmaktadır. Bu stimölasyonun impulsları, beyine giden yeri kaplamaktadır. Sonra kapıyı ağrının geçişine kapatmakta ve vücuttaki doğal opioidlerin salınımını başlatmaktadır. Böylelikle ağrının fark edilmesini etkilemektedir (57,64,65).

### **2.11.4. Masaj**

Vücut dokularının sistematik ve bilimsel yoldan terapötik amaçlarla el ile çalıştırılmasıdır. Masaj derideki periferik reseptörlerin uyarılması ve uyarıların spinal kolondan serebelluma taşınmasıyla rahatlama ve gevşemeyi ortaya çıkarır. Masaj, ağrının giderilmesi, adezyonların azaltılması, şişliğin indirilmesi ve kas dokularının gevşetilmesi durumlarında oldukça yararlı bir yöntemdir (58,66,67).

### **2.11.5. Egzersiz**

Egzersiz, kas kuvvetini ve elastikiyeti artırır, dolaşım ve hareketleri düzenler. Artan yaşla birlikte fiziksel kapasitede azalma görülür ve bu durum da günlük yaşamı olumsuz etkiler. Bu durum, egzersiz ile düzeltilebilir. Egzersiz yaşlılarda ağrının azaltılmasında da etkili olur (56,58).

### **2.11.6. Bilişsel (Kognitif)-Davranışsal Yöntemler**

Kognitif-davranışsal teknikler, duyuşal etkenlerle meydana getirilen değişiklikle ağrıyı ortadan kaldırmada etki göstermektedir. Kognitif-davranışsal teknikler, hayal kurma, dikkat yönünü değiştirme, müzik, gevşeme ve bilişsel stratejilerdir (57,68,69).

## **2.12. Yaşlılarda Ağrıyı Azaltmada Hemşirelik Bakımının Önemi**

Hemşireler, yaşlı bireylere verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve geliştirilmesi sürecinde sorumluluk alabilen ve etkin rol oynayan profesyonellerdir (70). Hemşirelerin temel hedefi yaşlıların yapabilecekleri en üst seviyede yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilmelerini ve yaşamlarıyla ilgili durumlarda tek başlarına karar alabilecek seviyeye gelmelerini ya da bu durumu korumalarını sağlamalarına destek olmaktır (71). Ağrı

kontrolünün ilk şartı, ağrının etkili şekilde değerlendirilmesidir. Bu durum hemşirelik bakımının esas unsurlarından biridir. Hemşire detaylı şekilde ağrı değerlendirmesi yaptıktan sonra elde ettiği bilgiler doğrultusunda yaşlılara uygun ve farmakolojik olmayan yöntemleri tercih edebilmektedir. Tercih ettiği yöntemlerin uygulamasını yaşlı bireylere öğretebilmekte, beraber uygulayabilmekte ve değerlendirebilmektedir (72). Ağrının kontrolünde bütün ekip üyelerinin rolü önemli olmakla birlikte hemşirelerin rolü hastayla uzun süre beraber olması nedeniyle daha önemli görülmektedir. Hastayla geçirilen bu sürede hemşire, hastanın ağrıya yönelik ön deneyimleriyle baş etme yöntemlerini öğrenebilmekte ve bu bilgilerden yararlanabilmektedir. Bununla birlikte hastaya rehberlik yaparak ağrı ile baş etme yöntemlerini öğretebilmektedir (73,74).

### **2.13. Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Aktif Yaşlanma**

Zamanın ilerlemesi sonucu organizmada dönüşü mümkün olmayan fonksiyonel değişime yaşlanma olarak ifade edilmektedir. Yaşlanmada fiziksel ve zihinsel işlevler gerilemekte ve kişilerin sistemler arasında denge kurması güçleşmektedir (75,76).

Yaşlanma sürecindeki kişilerin en büyük istekleri yerinden kalkma, merdiven çıkma, yürüyüş yapabilme vb günlük yaşam aktivitelerini desteğe ihtiyacı olmadan yapabilmektir. Fakat yaşlanma sürecinde kas iskelet, nöromusküler ve kardiyovasküler yapılarına meydana gelen güçsüzlükler günlük yaşam aktivitelerini minimuma indirmekte ya da tamamen engellemekte ve desteğe gereksinim duyan bir konuma gelmelerine neden olmaktadır (77,78).

Yaşam kalitesi; kişilerin kültürleri, ilgi alanları ve amaçları çerçevesinde genel refah ve erişim seviyesini belirleyen terimdir (79,80). Yaşlı bireylerde zamanla meydana gelen zihinsel ve fiziksel yetersizlikler, kronik hastalıklar, beklentilerle sosyalleşmenin azalması sağlık hizmetlerinin kullanılmasında yaşanan problemler yaşam kalitesini, bakım ve tedavinin devam etmesini doğrudan etkilemektedir (81,82).

Dünya nüfusundaki yaşlı bireylerin oranının artması ile yaşlıların yaşam kalitesi önemli bir konuma gelmiştir (83). Yapılan araştırmalar incelendiğinde, yaşlılarda depresyon, cinsiyet, ekonomik durum, sosyal destek, performans ve fonksiyonel durum vb. değişkenlerin yaşam doyumuyla kalitesini etkilediğini ortaya koymaktadır (84,85). Türkiye’de yapılan araştırmalar incelendiğinde ise, fonksiyonellik, performans ve yaşam

kalitesi arasındaki bağlantı ve bu durumları etkilen faktörlere yönelik sınırlı çalışma olduğu belirlenmiştir (86,87).

Yaşlı nüfusun artış göstermesiyle yaşlılardaki özel problemlerde de artış olmuştur. Sıklıkla fiziksel ve psikolojik hastalıklar, ekonomik ve sosyal problemler yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Bu durum nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesinin artırılması amacıyla “aktif yaşlanma” kavramını geliştirmiştir (88). Aktif yaşlanma, kişilerin yaşlanma sürecinde yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkartabilmek için güvenlik, katılım ve sağlık gereksinimlerinin de en üst düzeye çıkartılmasıdır (89,90,91). Bu kavramdaki aktif kelimesi yaşlı bireylerin yalnızca bedensel olarak aktif olması değil, aynı zamanda ekonomik, sosyal, kültürel faaliyetlerde etkin katılmasıdır. Bütün bu süreçler yaşlılık sürecinin kaliteli şekilde olmasını sağlamak amacıyla önemli görülmektedir (92,93).

Yaşlılık döneminde yaşam kalitesini ve doyumunu üzerine yapılan araştırmaların genelinde fiziksel hastalıkların yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (89,90). Bunlarla beraber yeti kaybına sebep olan ve yaşlılık döneminde giderek artan depresyon durumu da yaşam kalitesinin azalmasında etkili olan bir faktör olarak belirlenmiştir (89). Bu bulgulardan farklı olarak yaşlılık döneminde boş zamanlarını değerlendiren, sosyal desteği olan ve fiziksel aktiviteler gerçekleştiren yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin bu aktiviteleri yapmayan yaşlı bireylere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (93,94).

#### **2.14.Yaşlı Bireylerde Ağrının Yaşam Kalitesine Etkisi**

Yaşlılık dönemi; yaşlı bireyin fiziksel fonksiyonlarının sınırlandığı (hareket yeteneği ve günlük yaşam aktivite düzeyinde azalma, görmeyle işitsel kayıplar, kronik ve özürülük yaratan hastalığa sahip olma), psikolojik faktörlerin etkilendiği (bağımlı hale gelme, asosyallik, ağrı, kişisel üretkenlikte azalma ve uyku durumunda bozulma gibi nedenlerle depresyon) ve sosyal ilişki süreçlerinde azalma olduğu, yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği bir dönemdir. Toplumun bir parçası olan yaşlı bireylerin yaşamlarının yaşlılık dönemlerinde aktif bir yaşam sürerek sağlıklı yaşlanmalarını sağlamak ve yaşam kalitelerini korumalarını desteklemek tüm insanlarla sağlık hizmeti veren profesyonellerin hassasiyeti ile mümkün olmaktadır (95,96).

Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirildiği araştırmalarda, engel durumunun olmasının, ekonomik durumun (97,98), eğitimle yaş durumunun, günlük yaşam

aktivitelerinde zorluk yaşanmasının, sağlık durumuyla ilgili kaygının olmasının, bir hobiyle uğraşılmasının, egzersiz yapılmasının, yeti kaybının, sosyal desteğin ve depresyonun yaşam kalitesini doğrudan etkilediği (98) tespit edilmiştir.

Yaşam kalitesinin öncelikle kognitif fonksiyonlardan ve aktivite derecesinden etkilendiği, bununla birlikte kaygıyla depresyonun yaşam doyumunu doğrudan etkilediği yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur. Bu durum neticesinde depresyon durumuyla yaşam kalitesi arasında kuvvetli bir bağ olduğu tespit edilmiştir (99, 100). Ayrıca sosyoekonomik durumun, günlük aktivitelerde zorluk yaşanmasının, kronik hastalıkların ve kullanılan ilaç sayısının, bakım süresinin, diğer bireyle ile ilişkilerin, ev içi ve ev dışı aktivitelere katılımın yaşam kalitesinin değişik boyutlarını etkilediği görülmüştür (100,101). Bu doğrultuda, yaşı bireyin fiziksel, emosyonel, entellektüel fonksiyonlarının devamı, aile, iş ve toplumsal hayatta aktifliğinin sağlanması açısından yaşam kalitelerinin belirli aralıklarla ölçülmesi gerekli görülmektedir (102,103,104). Genel sağlık durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşı hastanın takip edilmesi geriatrik çalışmalarda oldukça önemlidir. Bu duruma rağmen kriterlerin ne şekilde uygulanacağına ve değerlendirileceğine ilişkin ortak bir görüş bulunmamaktadır (105). Yaşlıların problemlerine ve amaca göre yaşam kalitesinin değerlendirmesinde tercih edilecek yöntem değişebilmektedir. Bu süreçte esas olan; önceliklerin ve boyutlardan hangisinin önemli olduğunun tespit edilmelidir (95,96). Kronik hastalığı olan yaşlılarda fonksiyonel ihtiyaçların belirlenmesi, var olan hastalıkların yaşı bireyi ne düzeyde etkilediğini bilmek yaşlının bakımıyla tedavisine istendik bir yön vermek yaşam kalitesinin değerlendirmesinde önemlidir (105). Bu nedenle klinik çalışmalarda yaşı birey ve uygulama yapılacak ortam için ölçek tercih edilirken, içeriğinin uygunluğuna dikkat edilmelidir (100,105).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Hipotezi**

Yaşlı bireylerin ağrı prevalansı ve yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

#### **3. 2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı**

##### **3.2.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, Şırnak ili Silopi ilçe merkezinde yaşayan yaşlılarda ağrı prevalansı ve yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

##### **3.2.2. Araştırmanın Yeri**

Araştırma Şırnak ili Silopi ilçesindeki 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır.

##### **3.2.3. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma, Eylül 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında yapıldı.

#### **3.3. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya alınacak bireylere araştırmanın amacı ve araştırma içindeki sorumlulukları hakkında bilgi verilerek katılımın ve soru formlarına verilecek cevapların gönüllük esaslı olduğu belirtildi ve gönüllü bireyler araştırma grubuna dahil edildi.

Araştırmanın yapılması için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (Ek 2). Silopi İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izin alındı (Ek 3) alındı. Gönüllüleri bilgilendirme ve olur (rıza) formu dolduruldu ( Ek 5).

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

##### **3.4.1. Araştırmanın Evreni:**

Araştırmanın evrenini Şırnak İli Silopi İlçe merkezindeki 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 603 yaşlı birey oluşturmaktadır. Çalışmada tüm evrene ulaşılması hedeflendi.

### **3.4.2. Araştırmanın Örneklemi:**

Şırnak İli Silopi İlçe merkezindeki 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 280 kişi örneklem grubunu oluşturdu.

### **3.5. Veri Toplama Gereçleri**

Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Geriatrik Ağrı Ölçeği” ve “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü WHOQOL-OLD Ölçeği” kullanılarak toplandı.

#### **3.5.1. Kişisel Bilgi Formu:**

Kişisel Bilgi Formu araştırmacının alan yazın taraması neticesinde oluşturuldu (Ek 4.1). Kişisel Bilgi Formu, yaşlıların kişisel özelliklerini içeren on sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kimlerle yaşadığı, yaşadığı bölge, çalışma durumu, yaşadığı hanenin aylık gelir miktarı, kronik hastalık durumu ve düzenli kullandığı ilaçlar) oluşmaktadır.

#### **3.5.2. Geriatrik Ağrı Ölçeği:**

Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ) 2000 yılında Ferrell ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (106). Dursun tarafından 2013 yılında bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (107). Ölçeğin kullanım izni ilgili kişilerden alındı (Ek 4.2) Geriatrik Ağrı Ölçeği 22 madde ikili (evet, hayır) ve 2 madde 0-10 arasında puanlama yapılan, çok boyutlu 24 maddelik bir ölçektir. Ölçekte evet yanıtları “1” puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0-42 skalasında değişebilmektedir. 0-100'lük sisteme dönüştürebilmek için ölçeğin her maddesi 2,38 ile çarpılmaktadır. Ölçeğin son puanlamasının hesaplanması 100'lük sisteme çevrildikten sonra yapılmaktadır. 0-100'lük sistemde 0-30 puan hafif ağrı; 30-69 puan orta ağrı; 70 puan ve üzeri şiddetli ağrı olarak değerlendirilmektedir (107, 108). Geriatrik Ağrı Ölçeği alt boyutlarına ait Kuder Richardson (KR-21) katsayıları;

- Ağrı Nedeniyle Çekilme = 0,647
- Özerklik = 0,282
- Ağrı Şiddeti = 0,669
- Hareketle Ağrı = 0,604
- Yorucu aktivitelerde ağrı = 0,609

- Diğer aktivitelerde ağrı = 0,593 olarak bulunmuştur.

### 3.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü WHOQOL-OLD Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü WHOQOL-OLD Ölçeği (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı sürümü), Power ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Eser ve arkadaşları tarafından 2010 yılında WHOQOL-OLD modülü Türkçeye uyarlanmıştır (109). Ölçeğin kullanım izni ilgili kişilerden alındı (4.3) Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 6 boyutu (duyusal işlevler, otonomi, geçmiş-bugün-gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve yakınlık) bulunmaktadır. Ölçek, 24 sorudan oluşan beşli likert ölçektir. Beşli likert tipi ölçekte her soru için en düşük puan 1,0 ve en yüksek puan 5.0 olarak kabul edilmektedir. Olası boyut puanları, 4–20 puan aralığındadır. Bununla birlikte toplam puan, her tekil puanın toplanması ile de hesaplanabilmektedir. Bireylerin ölçek puanı arttıkça aynı doğrultuda yaşam kaliteleri de artış göstermektedir. Duyusal işlevler boyutuyla duyusal işlevleri ve bunların eksikliğini yaşam kalitesi üzerine etkileri değerlendirilmektedir. Otonomi boyutu, ilerleyen yaşlarda kendi kendine yaşayabilme kabiliyeti ve bağımsızlık olarak tanımlanmaktadır. Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri boyutu, yaşam içinde gerçekleştirilen başarıları ve bu başarıların getirdiği doyumla gelecekle ilgili görüşlerini kapsamaktadır. Sosyal katılım boyutu, rutin yaşam içerisindeki yaşamsal aktivitelere dahil olabilmeyi anlatmaktadır. Ölüm ve ölmek boyutu, ölüme yönelik kaygılar ve korkularla ilgilidir. Yakınlık boyutu ise, hem bireysel hem de özel ilişkiler edinme kabiliyetini değerlendirmektedir. Eser ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan bu ölçeğin iç tutarlılık yani alfa değeri .85 olarak hesaplanmıştır. Boyutların tümünde alfa .70'nin üzerindedir (109, 110, 111). Bu araştırmada Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü WHOQOL-OLD Ölçeği alt boyutlarına ait Cronbach's Alpha katsayıları

- Duyusal İşlev = 0,486
- Özerklik = 0,282
- Geçmiş/Bugün/Gelecek = 0,574
- Sosyal Katılım = 0,666
- Ölüm/Ölmek = 0,816
- Yakınlık = 0,851 olarak bulunmuştur.

### **3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu araştırma Şırnak ili Silopi ilçesi 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi 6 Aile Hekimi, 6 Aile Sağlığı Elemanı ve 4 personelden oluşmaktadır. ASM' ye kayıtlı birey sayısı yaklaşık 24.000 civarında olup araştırmanın yapıldığı zaman aralığında kayıtlı 65 yaş ve üzeri birey sayısı 603 tür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü Aile Sağlığı Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği dâhilindeki hizmetler verilmektedir. Araştırma Eylül 2019 – Ocak 2020 tarihleri arasında hafta içi saat 08:00 ile 17:00 arasında yapıldı.

### **3.7. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma verileri gerekli kurum onayları alındıktan sonra Eylül 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında toplandı. Araştırmaya kriterleri karşılayan bireyler kabul edilerek araştırmacı kendini tanıttı ve araştırmanın amacı yöntemi ve araştırmanın nasıl yürütüleceği hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara onam formu imzalatıldı (Ek.6). Anketi katılımcılarla görüşülerek ortalama 20 dakika gibi bir sürede dolduruldu.

### **3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Çalışmanın istatistiksel analizler R yazılımında yapılmıştır. Çalışmadaki nitel değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile; nicel değişkenler ortalama, standart hata, medyan, minimum ve maksimum değerleriyle verilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uymayan nicel değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, 3 grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, 2'li alt grup karşılaştırmalarında Bonferonni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel karşılaştırmalarda p değeri 0,05'in altındaki sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Araştırma, Silopi’de yaşayan yaşlı bireylerin ağrı prevalansı ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapıldı. Bulgular dört başlıkta sunuldu.

### 4.1.Katılımcıların Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular

4.2.Katılımcıların demografik özellikleri ile Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ)’ nin toplam puanı ve alt boyutlarının karşılaştırılması

4.3.Katılımcıların demografik özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)’ne ilişkin bulguların karşılaştırılması

4.4.Katılımcıların GAÖ toplam puanı ve alt boyutları ile YKÖ’ne ilişkin bulguların karşılaştırılması

### 4.1.Katılımcıların Demografik Özellikleri ile İlgili Bulguları (N=280)

Tablo-1. Demografik Özellikler

		n	%
Cinsiyet	Kadın	134	48,0
	Erkek	146	52,0
Medeni Durum	Bekar	9	3,2
	Evli	192	68,6
	Boşanmış	3	1,1
	Dul	76	27,1
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	152	54,3
	Okuryazar	9	3,2
	İlkokul	83	29,6
	Ortaokul	28	10,0
	Lise	7	2,5
	Üniversite ve üzeri	1	0,4
Kimle Yaşıyor	Ebeveyn	3	1,1
	Yakınları	74	26,4
	Eş ve çocuklar	195	69,6
	Yalnız	8	2,9
Yaşadığı Bölge	İl	3	1,1
	İlçe	248	88,6
	Köy	29	10,4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	27	9,7
	Çalışmıyor	253	90,3
Gelir	0-500	95	33,9
	501-1000	46	16,4
	1001-1500	42	15,0
	1501-2000	80	28,6
	2000 ve üzeri	17	6,1
Kronik Hastalık	Evet	168	60,0
	Hayır	112	40,0
Düzenli İlaç	Evet	168	60,0
	Hayır	112	40,0
Geriatrik Ağrı Skalası	Hafif	2	0,7
	Orta	278	99,3

Çalışmaya alınan 280 kişinin yaş ortalaması  $69,6 \pm 0,28$  olup, minimum 65 maksimum 95 yaşında kişi vardır. Tablo 1 de görüldüğü gibi, olguların %52'si erkek, %68,6'sı evli, %54,3'ü okuryazar değil, %69,6'sı eşi ve çocukları ile, %88,6'sı ilçede yaşamakta, %90,3'ünün çalışmadığı, gelir durumunun düşük olduğu, %60'ının kronik hastalığı nedeniyle düzenli ilaç kullandığı ve %99,3'ünün orta düzeyde ağrısı olduğu belirlendi.

#### 4.2.Katılımcıların Demografik Özellikleri İle GAÖ Toplam Puanı Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Tablo-2. GAÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırma

	Kadın	Erkek	#test değeri	P
<b>GAÖ Toplam puan</b>	41,1 $\pm$ 0,4 42 (26-59)	42,6 $\pm$ 0,3 43 (30-53)	7439,5	0,002
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	17,8 $\pm$ 0,3 18 (8-26)	17,3 $\pm$ 0,3 17 (8-25)	9048,0	0,372
<b>Ağrı şiddeti</b>	9,1 $\pm$ 0,2 9 (7-23)	10,2 $\pm$ 0,2 10 (7-21)	6404,5	0,002**
<b>Hareketle ağrı</b>	5,3 $\pm$ 0,2 5 (4-8)	5,5 $\pm$ 0,1 5 (4-8)	9093,0	0,392
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	4,6 $\pm$ 0,1 5 (3-6)	5,0 $\pm$ 0,1 5 (3-6)	7606,5	0,001*
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	7,0 $\pm$ 0,1 7 (5-10)	7,6 $\pm$ 0,1 8 (5-10)	7232,5	<0,001

#Mann Whitney U test

\*p<0,001, \*\*p<0,05

Tablo 2 de görüldüğü gibi GAÖ ve alt boyutları ile cinsiyet karşılaştırıldığında, erkek cinsiyet lehine daha yüksek olduğu; GAÖ toplam puanı (p=0,002), yorucu aktiviteleri yaparken oluşan ağrı, diğer aktivitelerde oluşan ağrı alt boyut puanları arasında oluşan farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0,001). Diğer gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (P>0,05).

**Tablo-3. GAÖ Toplam Puanı Ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırma**

	<b>Bekar</b>	<b>Evli</b>	<b>#Test değeri</b>	<b>p</b>
<b>GAÖ Toplam puan</b>	40,4 ± 0,5 40 (26-50)	42,5 ± 0,3 43 (28-59)	5768,0	<0,001
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	18,4 ± 0,4 18 (8-25)	17,2 ± 0,2 17 (8-26)	6735,5	0,009**
<b>Ağrı şiddeti</b>	8,6 ± 0,2 8 (7-18)	10,2 ± 0,2 10 (7-23)	4301,5	<0,001
<b>Hareketle ağrı</b>	5,1 ± 0,1 5 (4-8)	5,5 ± 0,1 5 (4-8)	6539,0	0,002**
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	4,4 ± 0,1 4 (3-6)	5,0 ± 0,1 5 (3-6)	5604,5	<0,001
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	6,7 ± 0,1 7 (5-10)	7,6 ± 0,1 8 (5-10)	5268,5	<0,001

#Mann Whitney U test

\*p&lt;0,001, \*\*p&lt;0,05

Tablo 3'te GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının medeni durum ile karşılaştırılması incelendiğinde evli olanların lehine GAÖ toplam puanı, ağrı şiddeti, hareketle ağrı, yorucu aktivitelerde ağrı ve diğer aktivitelerde ağrı alt boyut puanları daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<001).

Ağrı nedeniyle çekilme alt boyutu puanı bekarlarda daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<005).

**Tablo-4. GAÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	<b>Okuryazar değil</b>	<b>İlköğretim mezunu</b>	<b>#test değeri</b>	<b>P</b>
<b>GAÖ Toplam puan</b>	41,2 ± 0,3 42 (26-51)	42,6 ± 0,4 43 (30-59)	7093,5	0,004**
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	17,8 ± 0,3 18 (8-26)	17,0 ± 0,3 17 (9-25)	7826,0	0,053**
<b>Ağrı şiddeti</b>	9,2 ± 0,1 9 (7-18)	10,4 ± 0,2 11 (7-23)	6048,5	<0,001*
<b>Hareketle ağrı</b>	5,4 ± 0,1 5 (4-8)	5,4 ± 0,1 5 (4-8)	8927,5	0,829
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	4,6 ± 0,1 5 (3-6)	7,1 ± 0,1 7 (5-10)	6826,5	<0,001*
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	5,1 ± 0,1 5 (3-6)	7,7 ± 0,1 8 (5-10)	6690,0	<0,001*

#Mann Whitney U test

\*p&lt;0,001, \*\*p&lt;0,05

Tablo 4'te GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının eğitim durum ile karşılaştırılması incelendiğinde, İlköğretim mezunu grubun lehine GAÖ toplam puanı (p=0,004), ağrı şiddeti, yorucu aktivitelerle ağrı ve diğer aktivitelerle ağrı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,001).

Eğitim grupları arasında ağrı nedeniyle çekilme yönünden Okuryazar olmayan grubun puanı daha yüksekti ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu

(P<0,05). Diğer gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (P>0,05).

**Tablo-5. GAÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Yaşadığı Kişilere Göre Karşılaştırılması**

	Yakınlarıyla	Eş ve Çocuklarla	# <sup>1</sup> test değeri	P
<b>GAÖ Toplam puan</b>	40,0 ± 0,5 40 (26-50)	42,5 ± 0,3 43 (28-59)	4542,5	<0,001*
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	18,4 ± 0,4 18 (8-25)	17,2 ± 0,2 17 (8-16)	5662,0	0,010**
<b>Ağrı şiddeti</b>	8,4 ± 0,2 8 (7-18)	10,2 ± 0,2 10 (7-23)	3332,0	<0,001*
<b>Hareketle ağrı</b>	4,9 ± 0,1 5 (4-7)	5,5 ± 0,1 5 (4-8)	5115,5	<0,001*
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	4,4 ± 0,1 4 (3-6)	5,0 ± 0,1 5 (3-6)	4686,0	<0,001*
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	6,6 ± 0,1 6 (5-10)	7,6 ± 0,1 8 (5-10)	4134,5	<0,001*

#Mann Whitney U test

\*p<0,001, \*\*p<0,05

Tablo 5 incelendiğinde katılımcıların GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının yaşadığı kişiler ile karşılaştırılması incelendiğinde, Eş ve çocuklarıyla yaşayanların lehine GAÖ toplam puanı ve ağrı şiddeti, yorucu aktivitelerle ağrı, diğer aktivitelerle ağrı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,001).

Ağrı nedeniyle çekilme yönünden yakınlarıyla yaşayanların lehine fark olduğu (p=0,010), eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha düşük olduğu belirlendi.

**Tablo- 6. GAÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırılması**

	İl/İlçe	Köy	# <sup>1</sup> test değeri	P
<b>GAÖ Toplam puan</b>	41,9 ± 0,3 42 (26-59)	41,4 ± 0,3 41 (32-50)	3074,0	0,350
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	17,5 ± 0,2 17 (8-26)	18,0 ± 0,2 18 (12-25)	3161,0	0,435
<b>Ağrı şiddeti</b>	9,8 ± 0,1 9 (7-23)	9,0 ± 0,1 9 (7-12)	2879,0	0,075
<b>Hareketle ağrı</b>	5,4 ± 0,1 5 (4-8)	5,1 ± 0,2 5 (4-8)	2906,0	0,083
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	4,8 ± 0,1 5 (3-6)	4,9 ± 0,2 5 (3-6)	3309,0	0,464
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	7,4 ± 0,1 8 (5-10)	7,1 ± 0,3 7 (5-9)	3278,0	0,439

#Mann Whitney U test

Tablo 6'da görüldüğü gibi katılımcıların GAÖ toplam puanı ve alt boyutları ile yaşadığı yere göre karşılaştırılması incelendiğinde, gruplar arası puanlar birbirlerine yakın olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (P>0,05).

**Tablo-7. GAÖ ve Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	<b>Çalışıyor</b>	<b>Çalışmıyor</b>	<b>#<sup>†</sup>test değeri</b>	<b>P</b>
<b>GAÖ Toplam puan</b>	44,7 ± 0,4 45 (40-49)	41,5 ± 0,3 42 (26-59)	1610,5	<0,001*
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	17,1 ± 0,5 17 (12-23)	17,6 ± 0,2 18 (8-26)	3083,0	0,477
<b>Ağrı şiddeti</b>	11,6 ± 0,2 12 (7-13)	9,5 ± 0,1 9 (7-23)	1083,5	<0,001*
<b>Hareketle ağrı</b>	5,3 ± 0,2 5 (4-8)	5,4 ± 0,1 5 (4-8)	3354,0	0,984
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	5,6 ± 0,1 6 (3-6)	4,7 ± 0,1 5 (3-6)	1734,5	<0,001*
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	8,1 ± 0,2 8 (5-10)	7,2 ± 0,1 7 (5-10)	1986,5	<0,001*

#Mann Whitney U test

\*P&lt;0,001

Tablo 7’de katılımcıların GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde, GAÖ toplam puanı, ağrı şiddeti, yorucu aktivitelerde ağrı ve diğer aktivitelerde ağrı alt boyutlarında çalışan grubun puanları daha yüksek olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0,001).

Diğer gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05).

**Tablo-8. GAÖ ve Alt Boyutlarının Çalışma Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	<b>0-500</b>	<b>501-1000</b>	<b>1001-1500</b>	<b>1501 ve üzeri</b>	<b>#<sup>†</sup>test değeri</b>	<b>P</b>
<b>GAÖ Toplam puan</b>	41,6 ± 0,4 42 (31-59)	41,8 ± 0,6 42 (31-48)	40,8 ± 0,7 41 (30-53)	42,6 ± 0,4 43 (26-51)	10,111	0,018**
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	17,8 ± 0,3 18 (8-25)	17,3 ± 0,5 16 (10-26)	16,2 ± 0,5 16 (9-23)	18,0 ± 0,4 18 (8-25)	8,531	0,036**
<b>Ağrı şiddeti</b>	9,5 ± 0,2 9 (7-23)	9,5 ± 0,2 9 (7-14)	10,0 ± 0,4 9,5 (7-21)	9,9 ± 0,2 10 (7-18)	4,038	0,257
<b>Hareketle ağrı</b>	5,4 ± 0,1 5 (4-8)	5,6 ± 0,2 5 (4-8)	5,6 ± 0,2 5 (4-8)	5,2 ± 0,1 5 (4-8)	6,968	0,073
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	4,6 ± 0,1 5 (3-6)	4,9 ± 0,1 5 (3-6)	4,7 ± 0,2 5 (3-6)	5,0 ± 0,1 5 (3-6)	8,552	0,036**
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	7,2 ± 0,1 7 (5-10)	7,4 ± 0,2 7 (5-10)	7,3 ± 0,2 8 (5-10)	7,5 ± 0,1 8 (5-10)	2,243	0,524

#Kruskal Wallis test

\*\*P&lt;0,05

Tablo 8’de katılımcıların GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının çalışma gelir durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde, GAÖ toplam puanı ile gelir grupları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,018). Farklılığın sadece 1001-1500 grubu ile 1501 ve üzeri grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p=0,018).

GAÖ alt gruplarından ağrı nedeniyle çekilme alt boyutu ile 1001-1500 grubu ile 1501 ve üzeri grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi (p=0,036).

GAÖ alt gruplarından yorucu aktivitelerde ağrı alt boyutu ile gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi (p=0,036). Farklılığın sadece 0-500 grubu ile 1501 ve üzeri grubu arasında anlamlı olduğu belirlendi.

Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (P>0,05).

**Tablo-9. GAÖ ve Alt Boyutlarının Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması**

	Kron. Hast Var	Kron. Hast Yok	#test değeri	p
<b>GAÖ Toplam puan</b>	41,3 ± 0,3 42 (26-51)	42,6 ± 0,4 43 (28-59)	7417,5	0,005**
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	18,5 ± 0,2 18 (8-25)	16,1 ± 0,3 16 (8-26)	5646,0	<0,001*
<b>Ağrı şiddeti</b>	9,0 ± 0,1 9 (7-18)	10,7 ± 0,2 11 (7-23)	4867,0	<0,001*
<b>Hareketle ağrı</b>	5,1 ± 0,1 5 (4-8)	5,9 ± 0,1 6 (4-8)	5775,0	<0,001*
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	4,6 ± 0,1 5 (3-6)	5,2 ± 0,1 5 (3-6)	6290,5	<0,001*
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	6,9 ± 0,1 7 (5-10)	7,9 ± 0,1 8 (5-10)	5766,0	<0,001*

#Mann Whitney U test

\*P<0,001, \*\*p=0,05

Tablo 9’da katılımcıların GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması incelendiğinde, kronik hastalığı olanların puanı daha düşük olup GAÖ toplam puanı (p=0,005), ağrı şiddeti, hareketle ağrı, yorucu aktivitelerde ağrı alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu(p<0,001).

Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (P>0,05).

**Tablo-10. GAÖ ve Alt Boyutlarının İlaç Almasına Göre Karşılaştırılması**

	Kron. Hast İlaç Var	Kron. Hast İlaç Yok	#test değeri	P
<b>GAÖ Toplam Puan</b>	41,3 ± 0,3 42 (26-50)	42,7 ± 0,4 43 (28-59)	7381,0	0,004**
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	18,5 ± 0,3 18 (8-26)	16,1 ± 0,3 16 (8-24)	5541,5	<0,001*
<b>Ağrı şiddeti</b>	9,0 ± 0,1 9 (7-18)	10,8 ± 0,2 11 (7-23)	4709,5	<0,001*
<b>Hareketle ağrı</b>	5,1 ± 0,1 5 (4-8)	5,9 ± 0,1 6 (4-8)	5597,0	<0,001*
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	4,6 ± 0,1 5 (3-6)	5,2 ± 0,1 5 (3-6)	6290,5	<0,001*
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	6,9 ± 0,1 7 (5-10)	7,9 ± 0,1 8 (5-10)	5636,0	<0,001*

#Mann Whitney U test

\*P<0,001, \*\*p=0,05

Tablo 10’da katılımcıların GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının ilaç almasına göre karşılaştırılması incelendiğinde, GAÖ toplam puanı ilaç kullananlarda daha düşük olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,004$ ).

Ağrı şiddeti, hareketle ağrı, diğer aktivitelerde ağrı alt boyutlarında ilaç kullananların puanı daha düşük olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,001$ ).

Ağrı nedeniyle çekilme alt boyutunda ise ilaç kullanan grubun puanı daha yüksek olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,001$ ).

### 4.3. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)’ne ilişkin Bulguların Karşılaştırılması

Tablo-11. YKÖ’ nin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	# <sup>1</sup> test değeri	p
Duyusal işlev	13,1 ± 0,2 13 (7-18)	12,5 ± 0,2 13 (6-16)	8339,0	0,044**
Özerklik	12,7 ± 0,2 13 (7-18)	13,6 ± 0,2 14 (9-18)	6890,5	<0,001*
Geçmiş/Bugün/Gelecek	14,1 ± 0,2 14 (7-18)	14,5 ± 0,2 14 (10-19)	9144,0	0,393
Sosyal katılım	13,1 ± 0,3 13 (7-19)	13,5 ± 0,2 13 (7-19)	8902,0	0,225
Ölüm/Ölmek	12,2 ± 0,3 11 (5-20)	11,6 ± 0,3 11 (4-20)	8965,5	0,260
Yakınlık	14,8 ± 0,2 15 (8-20)	15,7 ± 0,2 16 (9-20)	7638,0	0,002**

#Mann Whitney U test

\* $P<0,001$ \*\* $P<0,05$

Tablo 11’de görüldüğü gibi katılımcıların YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılması incelendiğinde, kadınlarla erkekler arasında duyuşal işlev alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p=0,044$ ) ve kadınların ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlendi.

Özerklik alt boyutunda ( $p<001$ ) ve Yakınlık alt boyutunda ( $p<0,05$ ) oluşan farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve erkeklerin puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Kadınlarla erkekler arasında yakınlık yönünden fark olduğu ( $p=0,002$ ) ve erkeklerin ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlendi.

Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $P>0,05$ ).

**Tablo-12. YKÖ' nin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması**

	Bekar	Evli	#test değeri	p
Duyusal işlev	12,9 ± 0,2 13 (6-17)	12,7 ± 0,2 13 (8-18)	7644,5	0,210
Özerklik	12,9 ± 0,2 13 (8-17)	13,3 ± 0,1 13 (7-18)	7298,0	0,093
Geçmiş/Bugün/Gelecek	13,6 ± 0,3 13 (7-18)	14,6 ± 0,2 15 (8-19)	6500,5	0,002**
Sosyal katılım	12,3 ± 0,3 12 (7-19)	13,7 ± 0,2 14 (7-19)	6171,5	<0,001*
Ölüm/Ölmek	12,9 ± 0,4 12 (5-20)	11,4 ± 0,2 11 (4-20)	6590,0	0,003**
Yakınlık	14,9 ± 0,3 15 (8-20)	15,5 ± 0,2 16 (9-20)	7155,0	0,038**

#Mann Whitney U test

\*p<0,001, \*\*p<0,05

Tablo 12’de YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılması incelendiğinde, evlilerle bekarlar arasında geçmiş/bugün/gelecek yönünden fark olduğu (p=0,002) ve sosyal katılım (p<0,001), yakınlık (p=0,038) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Evlilerin puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Ölüm/ölmek alt boyutunda ise bekarların puanı daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,003).

Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (P>0,05).

**Tablo-13. YKÖ' nin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	Okuryazar değil	İlköğretim mezunu	#test değeri	p
Duyusal işlev	12,7 ± 0,2 13 (7-18)	13,0 ± 0,2 13 (6-16)	8216,0	0,201
Özerklik	13,0 ± 0,2 13 (7-18)	13,5 ± 0,2 14 (9-18)	7951,5	0,067
Geçmiş/Bugün/Gelecek	13,9 ± 0,2 14 (7-18)	14,9 ± 0,2 15 (9-19)	6778,0	<0,001*
Sosyal katılım	12,8 ± 0,2 12,5 (7-19)	14,0 ± 0,3 15 (7-19)	6879,0	<0,001*
Ölüm/Ölmek	12,0 ± 0,3 12 (5-20)	11,8 ± 0,3 11 (4-20)	8289,0	0,191
Yakınlık	14,8 ± 0,2 14,5 (8-20)	15,8 ± 0,2 16 (11-20)	6850,5	<0,001*

#Mann Whitney U test

\*P<0,001

Tablo 13’te katılımcıların YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının eğitim duruma göre karşılaştırılması incelendiğinde, eğitim grupları arasında geçmiş/bugün/gelecek, sosyal

katılım ve yakınlık alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ( $p<0,001$ ). İlköğretim mezunu olanların puanı daha yüksekti.

Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $P>0,05$ ).

**Tablo-14. YKÖ'nin Yaşadığı Kişiye Göre Karşılaştırılması**

	<b>Yakınlarıyla</b>	<b>Eş ve Çocuklarla</b>	<b>#test değeri</b>	<b>p</b>
<b>Duyusal işlev</b>	13,3 ± 0,2 14 (6-16)	12,6 ± 0,2 13 (7-18)	6077,5	0,049**
<b>Özerklik</b>	12,8 ± 0,2 13 (8-16)	13,4 ± 0,1 13 (7-18)	5894,5	0,028**
<b>Geçmiş/Bugün/Gelecek</b>	13,7 ± 0,3 14 (7-18)	14,6 ± 0,2 15 (8-19)	5734,5	0,009**
<b>Sosyal katılım</b>	12,3 ± 0,3 12 (7-17)	13,7 ± 0,2 14 (7-19)	5157,5	<0,001*
<b>Ölüm/Ölmek</b>	12,8 ± 0,4 12 (5-20)	11,5 ± 0,2 11 (5-20)	5645,0	0,005**
<b>Yakınlık</b>	14,8 ± 0,3 14 (8-20)	15,5 ± 0,2 16 (9-20)	5951,5	0,025**

#Mann Whitney U test

\* $P<0,001$ , \*\*  $P<0,05$

Tablo 14'te katılımcıların YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının yaşadığı kişiye göre karşılaştırılması incelendiğinde, yaşadığı kişi grupları arasında duyuşsal işlev ( $p=0,049$ ), özerklik yönünden fark olduğu ( $p=0,028$ ), eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaşadığı kişi grupları arasında geçmiş/bugün/gelecek yönünden fark olduğu ( $p=0,009$ ), eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha düşük olduğu belirlendi.

Yaşadığı kişi grupları arasında sosyal katılım yönünden fark olduğu ( $p<0,001$ ), eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha düşük olduğu belirlendi.

Yaşadığı kişi grupları arasında ölüm/ölmek yönünden fark olduğu ( $p=0,005$ ), eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaşadığı kişi grupları arasında yakınlık yönünden fark olduğu ( $p=0,025$ ), eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha düşük olduğu belirlendi.

**Tablo-15. YKÖ'nin Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırılması**

	<b>İl/İlçe</b>	<b>Köy</b>	<b>#<sup>t</sup>test değeri</b>	<b>p</b>
<b>Duyusal işlev</b>	12,9 ± 0,1 13 (6-18)	11,6 ± 0,3 12 (8-15)	2080,0	<0,001*
<b>Özerklik</b>	13,2 ± 0,1 13 (7-18)	13,6 ± 0,3 14 (10-17)	3162,0	0,294
<b>Geçmiş/Bugün/Gelecek</b>	14,5 ± 0,2 14 (8-19)	12,5 ± 0,5 12 (7-18)	1989,0	<0,001*
<b>Sosyal katılım</b>	13,5 ± 0,2 14 (7-19)	11,5 ± 0,4 12 (9-17)	2157,0	<0,001*
<b>Ölüm/Ölmek</b>	11,8 ± 0,2 11 (4-20)	12,8 ± 0,6 12 (8-20)	3100,0	0,218
<b>Yakınlık</b>	15,3 ± 0,2 15 (9-20)	15,6 ± 0,5 16 (8-20)	3045,0	0,173

#Mann Whitney U test

\*P&lt;0,001

Tablo 15'te görüldüğü gibi katılımcıların YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının yaşadığı yere göre karşılaştırılması incelendiğinde, yaşadığı yer grupları arasında duyuşal işlev, geçmiş/bugün/gelecek, sosyal katılım alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,001). Köyde yaşayanların ölçek puanını daha düşüktü. Diğer alt boyutlarda puanlar yakın olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05).

**Tablo-16. YKÖ'nin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	<b>Çalışıyor</b>	<b>Çalışmıyor</b>	<b>#<sup>t</sup>test değeri</b>	<b>p</b>
<b>Duyusal işlev</b>	13,6 ± 0,4 14 (9-15)	12,7 ± 0,1 13 (6-18)	2369,5	0,011**
<b>Özerklik</b>	14,1 ± 0,3 14 (11-17)	13,1 ± 0,1 13 (7-18)	2048,0	0,001*
<b>Geçmiş/Bugün/Gelecek</b>	16,0 ± 0,5 17 (10-18)	14,1 ± 0,2 14 (7-19)	1798,5	<0,001*
<b>Sosyal katılım</b>	15,7 ± 0,6 17 (8-19)	13,0 ± 0,2 13 (7-19)	1564,5	<0,001*
<b>Ölüm/Ölmek</b>	11,3 ± 0,6 10 (7-20)	12,0 ± 0,2 12 (4-20)	2783,5	0,130
<b>Yakınlık</b>	16,4 ± 0,3 16 (13-20)	15,2 ± 0,2 15 (8-20)	2295,5	0,006**

#Mann Whitney U test

\*p&lt;0,001, \*\*p&lt;0,05

Tablo 16'da görüldüğü gibi katılımcıların YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde, çalışanlarla çalışmayanlar arasında duyuşal işlev (p=0,011), özerklik (p=0,001), geçmiş/bugün/gelecek (p<0,001), sosyal katılım (p<0,001) ve yakınlık alt boyutlarında (p=0,006) istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Çalışanların ölçek puanı daha yüksek bulundu. Ölüm /ölmek alt boyutunda puanlar yakın olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05).

**Tablo- 17. YKÖ'nin Çalışma Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	<b>0-500</b>	<b>501-1000</b>	<b>1001-1500</b>	<b>1501 ve üzeri</b>	<b>#<sup>t</sup>test değeri</b>	<b>p</b>
<b>Duyusal işlev</b>	13,2 ± 0,2 14 (8-18)	12,2 ± 0,3 12 (8-16)	12,4 ± 0,3 13 (7-16)	12,7 ± 0,2 13 (6-17)	9,729	0,021**
<b>Özerklik</b>	12,6 ± 0,2 13 (7-18)	13,3 ± 0,3 13 (8-18)	13,4 ± 0,3 14 (10-17)	13,6 ± 0,2 14 (8-18)	17,527	0,001*
<b>Geçmiş/Bugün / Gelecek</b>	14,4 ± 0,2 14 (7-18)	13,9 ± 0,3 14 (9-18)	14,3 ± 0,3 14 (11-18)	14,3 ± 0,3 14 (9-19)	2,069	0,558**
<b>Sosyal katılım</b>	13,1 ± 0,3 13 (7-19)	13,1 ± 0,4 13,5 (7-18)	13,2 ± 0,4 13 (8-17)	13,6 ± 0,3 13 (8-19)	1,223	0,748
<b>Ölüm/Ölmek</b>	11,6 ± 0,3 11 (5-20)	11,8 ± 0,5 10,5 (5-20)	11,7 ± 0,5 11 (5-20)	12,3 ± 0,4 11 (4-20)	0,955	0,812
<b>Yakınlık</b>	14,5 ± 0,2 14 (10-20)	15,2 ± 0,4 15 (10-20)	15,4 ± 0,4 15 (11-20)	16,2 ± 0,3 16 (8-20)	30,154	<0,001*

#Kruskal Wallis test

\*P<0,001, \*\*P<0,05

Tablo 17'de katılımcıların YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının çalışma gelir durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde, gelir grupları arasında duyuşal işlev alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0,021). Farklılığın sadece 0-500 grubu ile 501-1000 grubu arasında olduğu sonucuna ulaşıldı. Gelir grupları arasında özerklik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0,001). Farklılığın sadece 0-500 grubu ile 1501 ve üzeri grubu arasında olduğu sonucuna ulaşıldı.

Gelir grupları arasında geçmiş/bugün/gelecek alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0,558).

Gelir grupları arasında yakınlık alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,001). Farklılığın sadece 0-500 grubu ile 1501 ve üzeri grubu arasında anlamlı olduğu sonucuna ulaşıldı.

Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (P>0,05).

**Tablo-18. YKÖ'nin Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması**

	<b>Kron. Hast Var</b>	<b>Kron. Hast Yok</b>	<b>#<sup>†</sup>test değeri</b>	<b>P</b>
<b>Duyusal işlev</b>	13,2 ± 0,2 14 (6-18)	12,1 ± 0,2 12 (8-15)	6580,5	<0,001*
<b>Özerklik</b>	13,1 ± 0,1 13 (7-18)	13,3 ± 0,2 13 (9-18)	8749,5	0,354
<b>Geçmiş/Bugün /Gelecek</b>	14,2 ± 0,2 14 (9-19)	14,4 ± 0,2 14 (7-18)	8977,5	0,513
<b>Sosyal katılım</b>	13,1 ± 0,2 13 (7-18)	13,6 ± 0,3 14 (7-19)	8609,0	0,226
<b>Ölüm/Ölmek</b>	12,0 ± 0,3 11 (5-20)	11,7 ± 0,3 12 (4-20)	9220,0	0,774
<b>Yakınlık</b>	15,4 ± 0,2 15 (8-20)	15,2 ± 0,2 15 (9-20)	9159,5	0,705

#Mann Whitney U test

\*P&lt;0,001

Tablo 18'de katılımcıların YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması incelendiğinde, kronik hastalığı olanlarla olmayanlar arasında duyuşal işlev alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,001). Kronik hastalığı olanların alt boyut puanının daha yüksek olduğu bulundu.

Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (P>0,05).

**Tablo-19. YKÖ'nin İlaç Almasına Göre Karşılaştırılması**

	<b>Düzenli İlaç Var</b>	<b>Düzenli İlaç Yok</b>	<b>#<sup>†</sup>test değeri</b>	<b>p</b>
<b>Duyusal işlev</b>	13,2 ± 0,2 14 (6-18)	12,2 ± 0,2 12 (8-15)	6761,5	<0,001*
<b>Özerklik</b>	13,1 ± 0,1 13 (7-18)	13,3 ± 0,2 13 (9-18)	8673,5	0,296
<b>Geçmiş/Bugün /Gelecek</b>	14,3 ± 0,2 14 (9-19)	14,3 ± 0,2 14 (7-18)	9035,5	0,572
<b>Sosyal katılım</b>	13,1 ± 0,2 13 (7-18)	13,6 ± 0,3 14 (7-19)	8544,0	0,191
<b>Ölüm/Ölmek</b>	12,0 ± 0,3 11 (5-20)	11,8 ± 0,3 12 (4-20)	9397,5	0,987
<b>Yakınlık</b>	15,3 ± 0,2 15 (8-20)	15,3 ± 0,2 15 (9-20)	9255,0	0,816

#Mann Whitney U test

\*P&lt;0,001

Tablo 19'da katılımcıların YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının ilaç almasına göre karşılaştırılması incelendiğinde, ilaç kullananlarla kullanmayanlar arasında duyuşal işlev alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,001). İlaç kullananların ölçek alt boyut puanının daha yüksek olduğu bulundu.

Diğer gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (P>0,05).

#### 4.4. Katılımcıların GAÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutları İle YKÖ'ye İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Tablo-20. GAÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutları İle YKÖ' ye İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	Duyusal işlev	Özerklik	Geçmiş/Bugün / Gelecek	Sosyal katılım	Ölüm /Ölmek	Yakınlık
<b>GAÖ Toplam</b>	r=-0,040 p=0,507	r=0,107 p=0,075	r=0,205 p=0,001	r= 0,253 p<0,001	r=-0,242 p<0,001	r=0,051 p=0,400
<b>Ağrı nedeniyle çekilme</b>	r=0,174 p=0,004	r= -0,092 p=0,125	r= -0,126 p=0,035	r= -0,137 p=0,022	r= -0,066 p=0,271	r= -0,034 p=0,567
<b>Ağrı şiddeti</b>	r= -0,015 p=0,807	r=0,193 p=0,001	r=0,412 p<0,001	r=0,442 p<0,001	r= -0,131 p=0,029	r= -0,005 p=0,927
<b>Hareketle ağrı</b>	r= -0,350 p<0,001	r=0,057 p=0,340	r=0,042 p=0,489	r=0,078 p=0,193	r= -0,116 p=0,054	r= -0,048 p=0,422
<b>Yorucu aktivitelerle ağrı</b>	r= -0,038 p=0,532	r=0,189 p=0,002	r=0,307 p<0,001	r=0,367 p<0,001	r= -0,229 p<0,001	r=0,123 p=0,039
<b>Diğer aktivitelerle ağrı</b>	r= -0,119 p=0,048	r=0,221 p<0,001	r=0,313 p<0,001	r=0,332 p<0,001	r= -0,255 p=0,001	r=0,109 p=0,070

#Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 20'de katılımcıların GAÖ toplam ve alt boyutları ile YKÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Aralarında anlamlı ilişki olan alt boyutlar renklendirilmiştir. Buna göre; GAÖ toplam ölçek puanı ile “geçmiş/bugün/gelecek r=0,205; p=0,001)” ve “sosyal katılım r=0,253; p=0,001)” alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, “ölüm/ölmek” alt boyutu ile negatif yönlü zayıf bir ilişki (r=-0,242; p=0,001) olduğu belirlendi. Bununla birlikte, GAÖ ölçek puanı ile YKÖ ne ait diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi (p>0,05).

Ağrı nedeniyle çekilme alt boyutu ile “duyusal işlev” arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki r=0,174; p=0,004), “geçmiş/bugün/gelecek” ve “sosyal katılım” alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki (r=-0,126; p=0,035) olduğu belirlendi. Bununla birlikte ağrı nedeniyle çekilme alt boyutu ile YKÖ ne ait diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi (p>0,05).

Ağrı şiddeti alt boyutu ile “özerklik” alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf ilişki (r=0,193; p=0,001), “geçmiş/bugün/gelecek (r=0,412; p<0,001)” ve “sosyal katılım (r=0,442; p<0,001)” alt boyutları arasında pozitif yönlü orta kuvvette bir ilişki, “ölüm/ölmek” alt boyutu ile negatif yönlü zayıf ilişki (r=-0,131; p<0,029) olduğu belirlendi. Bununla birlikte ağrı şiddeti alt boyutu ile YKÖ diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi (p>0,05).

Hareketle ağrı alt boyutu ile “duyusal işlev” alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf ilişki (r=-0,350; p<0,001) olduğu belirlendi. Bununla birlikte hareketle ağrı alt boyutu ile YKÖ diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi (p>0,05).

Yorucu hareketlerde ağrı alt boyutu ile “özerklik ( $r=0,189$ ;  $p<0,002$ )”, “geçmiş/bugün/gelecek ( $r=0,307$ ;  $p<0,001$ )”, “sosyal katılım ( $r=0,367$ ;  $p<0,001$ )”, “yakınlık ( $r=0,123$ ;  $p=0,039$ )”, arasında pozitif yönlü zayıf ilişki ve ölüm/ölmek alt boyutu ile negatif yönlü ( $r=-0,229$ ;  $p<0,001$ ), zayıf ilişki olduğu belirlendi. Yorucu hareketlerde ağrı alt boyutu ile “duyusal işlev” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi ( $p>0,05$ ).

Diğer hareketlerde ağrı alt boyutu ile “duyusal işlev ( $r=-0,119$ ;  $p<0,048$ )” ve “ölüm/ölmek ( $r=-0,255$ ;  $p<0,001$ )” alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf ilişki, “özerklik( $r=0,221$ ;  $p<0,001$ )”, “geçmiş/bugün/gelecek( $r=0,313$ ;  $p<0,001$ )” ve “sosyal katılım( $r=0,332$ ;  $p<0,001$ )” alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki vardır.

Diğer hareketlerde ağrı alt boyutu ile “yakınlık” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Yaşlı bireylerin ağrı prevalansı ve yaşam kalitesinin incelenmesi konulu çalışmamızdan elde edilen veriler bulgulara paralel olarak 4 bölüm halinde tartışıldı.

- Katılımcıların Demografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması
- Katılımcıların Demografik Özellikleri İle GAÖ Toplam Puanı Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması
- Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Karşılaştırılmasının Tartışılması
- Katılımcıların GAÖ Toplam Puanı Ve Alt Boyutları İle Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Karşılaştırılmasının Tartışılması

### 5.1.Katılımcıların Demografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya alınan 280 kişinin yaş ortalaması 69,6 olup, minimum 65 maksimum 95 yaş aralığındadır. Katılımcıların %52'si erkek, %68,6'sı evli, %54,3'ü okuryazar değil, %69,6'sı eşi ve çocukları ile, %88,6'sı ilçede yaşamakta, %90,3'ünün çalışmadığı, gelir durumunun düşük olduğu, %60'ının kronik hastalığı nedeniyle düzenli ilaç kullandığı ve %99,3'ünün orta düzeyde ağrısı olduğu belirlendi. Soyuer, Şenol ve Elmanlı (2012) araştırmasında da benzer şekilde yaşlı bireylerin çoğunluğunun kronik rahatsızlığı olduğunu, ilaç kullandığını ve gelir durumunun düşük olduğunu belirtmiştir (112). Araştırmanın yapıldığı Silopi ilçesi sosyo-ekonomik yönden dezavantajlı bölgelerden biridir. Bu durum Silopi'de yaşayan bireylerin eğitim durumunun ve ekonomik durumun alt düzeyde olmasının nedeni olabileceği bu bağlamda da kronik hastalığı olma, ilaç kullanma ve ağrıya sahip olma durumlarının sıklıkla meydana gelebileceği ön görülmektedir.

### 5.2.Katılımcıların demografik özellikleri ile GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının karşılaştırılmasının Tartışılması

Ağrı bireyin tüm hayatını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle bireylerde ağrıyı hangi demografik özelliklerin etkilediğinin bilinmesi önemli görülmektedir. Yapılan araştırmalar; cinsiyetin, sosyoekonomik durumun, kronik hastalıkların ve kullanılan ilaç sayısının, çalışma durumunun, bakım süresinin, diğer bireyle ile ilişkilerin, ev içi ve ev dışı aktivitelere katılımın ağrı durumunu ve bireyin yaşantısını etkilediğini ortaya koymaktadır (100,101).

Çalışmada GAÖ ve alt boyutları ile cinsiyet karşılaştırıldığında, erkek cinsiyet lehine daha yüksek olduğu belirlendi. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Prencipe ve arkadaşlarının araştırmasında erkeklerde (%36.6) kadınlardan (% 62.1), daha az baş ağrısının görüldüğünü belirtmiştir (113). Tarsuslu ve arkadaşları (2011)'de kadınlarda ağrının daha fazla olduğu sonuçlara ulaşmıştır (114).

GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının medeni durum ile karşılaştırılması incelendiğinde evli olanların lehine GAÖ toplam puanı, ağrı şiddeti, hareketle ağrı, yorucu aktivitelerde ağrı ve diğer aktivitelerde ağrı alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Cüneyt Çam, Emrah Atay ve Burhanettin Işıklı (2018) yaptıkları araştırmada yalnızlık yaşlanma süreciyle artmaktadır (9). Literatür incelendiğinde ağrı davranışı eşi tarafından desteklenen hasta bireylerin ağrı durumlarını daha çok ifade edebildikleri görülmektedir (115). Türkiye'de birçok il ve ilçede olduğu gibi Silopi ilçesinde kültürel yapı itibarıyla aile kavramı önemli bir yer tutmaktadır. Eşlerin yaşam boyu birbirlerine destek olması kültürel yapı içinde önemli olması nedeniyle ilerleyen yaşlarda evliler birbirlerinin bakımını üstlenmekte ve böylece ağrıyı ifade etme oranı evlilerde artmaktadır.

GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının eğitim durumu ile karşılaştırılması incelendiğinde, İlköğretim mezunu grubun lehine GAÖ toplam puanı ağrı şiddeti, yorucu aktivitelerle ağrı ve diğer aktivitelerle ağrı alt boyut daha yüksek olduğu ve eğitim grupları arasında ağrı nedeniyle çekilme yönünden okuryazar olmayan grubun puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Saltan (2017) araştırmasında eğitim durumu düşük olan yaşlıların depresyon ve ağrı düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemiştir (116). Literatür incelendiğinde eğitim seviyesi ve sosyo-ekonomik durumu düşük ve azınlık olan yaşlılarda ağrının daha fazla olduğu belirtilmiştir (117). Silopi ilçesinde yaşlıların birçoğu Türkçeyi ikinci dil olarak öğrenmiştir ve yaşlı bireylerin çoğu eğitim almamıştır. Bu nedenle eğitim durumu düşük olan (okuryazar olmayan) bireyler ağrılarının tanınması ve doğru ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olamamaktadır.

GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının yaşadığı kişiler ile karşılaştırılması incelendiğinde, eş ve çocuklarıyla yaşayanların GAÖ toplam puanı ve ağrı şiddeti, yorucu aktivitelerle ağrı, diğer aktivitelerle ağrı alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırmalar incelendiğinde evde yaşayan yaşlı hastaların ağrıya sahip olma %27 ile %74 arasındadır. Çalışmamızda da belirlenen ağrı bu değerlerin aralığındadır. Yapılan araştırmalarda Sawyer ve arkadaşları (2006) yaşlı bireylerde ağrı görülme sıklığını %64, Önder ve arkadaşları (2006) %54,9 ve Miro ve arkadaşları (2007) ise %72,7 olduğunu belirlemiştir. Araştırma bulgularımızdan farklı olarak ağrının kadınlarda daha yüksek

olduğunu ifade etmişlerdir. (118, 119, 120). Silopi ilçesinde bulunan kültürel yapı nedeniyle aileler geniş aile olarak yaşamaktadır. Geniş aile kapsamında büyükanne, büyükbaba, anne, baba, yenge, amca ve bu bireylerin çocukları beraber yaşayabilmektedir. Kalabalık aile yapısı içinde aile büyüğü önemli bireye sahiptir. Bakımı ve ihtiyaçlarından ailenin tüm bireyleri sorumludur. Kalabalık bir aile ile yaşayan yaşlının bakım imkanları zorlaşmaktadır. Bu nedenle araştırmamız kapsamında ailesiyle beraber yaşayan yaşlıların ağrılarının daha fazla düşünülmektedir.

GAÖ toplam puanı ve alt boyutları ile yaşadığı yere göre karşılaştırılması incelendiğinde, gruplar arası puanlar birbirlerine yakın olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi. Literatürde kırsal bölgelerde yaşayanların fiziksel aktivite düzeylerinin yüksek ve ağrı düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (121, 122, 123).

GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde, GAÖ toplam puanı, ağrı şiddeti, yorucu aktivitelerde ağrı ve diğer aktivitelerde ağrı alt boyutlarında çalışan grubun puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Tanrıverdi ve ark. (2009) çalışmamızdan farklı olarak araştırmalarında ekonomik durum kötüleştikçe ağrı sıklığının arttığını belirtmiştir (40). Silopi ilçesinde iklimi ve konumu nedeniyle çalışma şartlarının diğer bölgelere daha ağır olabildiği bir ilçedir. Yaşlıların çoğu çiftçilik, tarım ve hayvancılık gibi çaba sarf etmeyi gerektiren zor işlerde çalışmaktadır. Bu nedenle ağrı puanı ve diğer alt boyut puanlarının çalışarlarda daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının çalışma gelir durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde, GAÖ toplam puanı ile gelir grupları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Farklılığın sadece 1001-1500 grubu ile 1501 ve üzeri grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. GAÖ alt gruplarından ağrı nedeniyle çekilme alt boyutu ile 1001-1500 grubu ile 1501 ve üzeri grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Koçoğlu ve Özdemir (2011) yetişkinlerin ağrı durumunun sosyo-demografik ve ekonomik değişkenlerle ilişkisini incelediği araştırmasında gelir düzeyi düşük olan yaşlıların ağrı düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemiştir (124).

Silopi ilçesi sosyo-ekonomik yönden dezavantajlı bölgelerden biridir ve iş olanakları kısıtlıdır. Nüfusun çoğunluğunda geniş aile yapısı ve bu yapı içerisinde çalışan sınırlı sayıda birey bulunmaktadır. Ailenin kalabalık olması ve gelir oranının düşük olması bireylerin gereksinimlerini karşılayacak ekonomik düzeyde olmamasına neden olabilmektedir.

GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması incelendiğinde, kronik hastalığı olanların puanının daha düşük olduğu ve GAÖ toplam puanı; ağrı şiddeti, hareketle ağrı, yorucu aktivitelerde ağrı alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Babadağ ve Alparslan'a (2016) göre yaşlı bireylerin artışı beraberinde farklı sağlık problemlerini meydana getirmektedir. Bunların ilk sırasında ağrı ve kronik hastalıklar yer almaktadır (5, 40). GAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının ilaç almasına göre karşılaştırılması incelendiğinde, GAÖ toplam puanı ilaç kullananlarda ağrı şiddeti, hareketle ağrı, diğer aktivitelerde ağrı alt boyutlarında daha düşük olduğu belirlendi. Ağrı nedeniyle çekilme alt boyutunda ise ilaç kullanan grubun puanı daha yüksek olduğu belirlendi. Dedeli ve Karadakovan (2011) araştırmalarında kronik rahatsızlığı olan yaşlıların ilaç kullanım oranlarının yüksek olduğunu ve ilacın ağrıyı azaltma nedeniyle kullanıldığını belirtmiştir (125).

Literatürde kronik rahatsızlıklarla ağrının daha sık meydana gelmesi yer alırken Silopi ilçesinde çalışmaya katılan ve kronik rahatsızlığı olan yaşlılarda ağrı daha düşük düzeyde belirlenmiştir. Araştırma yapılan ilçede sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması ve bireylerin kronik rahatsızlıklarından kaynaklı oluşan ağrıları normal kabul etmelerine neden olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte kısıtlı sağlık hizmetlerinde ilaç kullanımını ağrının azalmasında etkili olabilecek en önemli etken olarak görülmektedir. Bu nedenle ilaç kullanan bireylerin daha az ağrıya sahip olduğu düşünülmektedir.

### **5.3.Katılımcıların demografik özellikleri ile Yaşam Kalitesine ilişkin bulguların karşılaştırılması Tartışılması**

Yaşlanma süreciyle fiziksel aktiviteler, ekonomik durum, sosyalleşme azalmakta ve sağlık problemleri artmaktadır. Bu durum bireyin yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir (9, 10).

YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılması incelendiğinde, kadınlarla erkekler arasında duyuşal işlev alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve kadınların ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Benzer şekilde Özyurt ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ölüm-ölmek ve duyuşal yetiler alt alanları puan ortalamaları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (110). Türkiye'de yaşayan yaşlılara yönelik yürütölen çalışmalarda yaşlı erkeklerin yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir (126,127). Özerklik alt boyutunda ve Yakınlık alt boyutunda oluşun farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve erkeklerin puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan (2013) yaptığı araştırmada kadınların yaşam kalitesi yakınlık alt boyutu bakımından puanının erkeklerden yüksek olduğunu belirlemiştir (8).

Silopi ilçesinde kültürel yapı nedeniyle ata-erkil bir yapı devam etmektedir. Bununla birlikte erkekler kadınlara kıyasla kısıtlanmamakta ve bağımsız hareket edebilmektedir. Kadınların yaşam alanları kendi evleri ve akrabalarının evleriyle kısıtlıdır. Araştırmada elde edilen sonucun kadın ve erkeğin Silopi’de kabul görmüş toplumsal rollerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılması incelendiğinde, evlilerle bekarlar arasında geçmiş/bugün/gelecek yönünden fark olduğu ve sosyal katılım, yakınlık alt boyutları yönünden evlilerin puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Ölüm/ölmek alt boyutunda ise bekarların puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Benzer şekilde Çağlayan ve Yılmaz (2016) araştırmalarında evli olan yaşlıların sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip olduğunu belirlemiştir (128). Silopi ilçesinde evlilik önemli bir yere sahiptir. Belli bir yaşa gelmiş ve evlenmemiş bireyler hoş karşılanmamaktadır. Bu nedenle evlenmiş bireylerin toplum içindeki yeri evlenmemiş bireylere göre daha saygındır. Kültürel yapı içindeki evliliğin konumu bireylerin kalitesini doğrudan etkileyebilmektedir.

YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının eğitim duruma göre karşılaştırılması incelendiğinde, eğitim grupları arasında geçmiş/bugün/gelecek, sosyal katılım ve yakınlık alt boyutları yönünden ilköğretim mezunu olanların puanının daha yüksekti. Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan’ın (2013) yaptığı araştırmada ise, sosyal katılım ve ölüm alt boyutlarında eğitim durumu daha iyi olan yaşlıların yaşam kalitesi puanının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (8). Bizim araştırmamızda yakınlık boyutunun puanı yüksek çıkmıştır. Bu durumun temel sebebinin kültürel olarak önemli görülen eş, dost ve akrabalarla kuvvetli bir bağa sahip olunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının yaşadığı kişiye göre karşılaştırılması incelendiğinde, yaşadığı kişi grupları arasında duygusal işlev, özerklik yönünden fark olduğu, eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Yaşadığı kişi grupları arasında sosyal katılım yönünden fark olduğu, eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha düşük olduğu belirlendi. Benzer şekilde Özyurt ve arkadaşları (2007) çalışmasında yaşam koşulları açısından ailesiyle birlikte yaşayanların duygusal yetiler alt boyutu alan puan ortalaması tek başına yaşayanlardan daha yüksek iken, sosyal katılım alt boyutu alan puan ortalaması daha düşük olarak belirlemiştir (110). Sosyal katılımın düşük

olmasının Silopi ilçesinde yaşlıların tüm ihtiyaçlarını aile bireylerinin karşılamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaşadığı kişi grupları arasında ölüm/ölmek yönünden fark olduğu, eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Yaşadığı kişi grupları arasında yakınlık yönünden fark olduğu, eş ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek puanının daha düşük olduğu belirlendi. Yaşlı bireylerin yaşadığı ortamda yer alan bireyler (aile, eş, çocuk, arkadaş vb.) yaşlı bireylerin hem psikolojik hem de fiziksel sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda yaşlı bireylerin motivasyon, problem durumlarıyla mücadele etme süreçlerine destek olmaktadır (129). Sosyal çevreden uzak olan yaşlı bireyler huzurevlerinde yaşamaktadır. Bu durumda olan yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemekte ve inaktif bir yaşam tarzına bürünmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar çevresi tarafından desteklenen yaşlıların iyileşme durumunda artış olduğunu, yalnız yaşayan ve çevreden soyutlanmış yaşlıların iyileşme durumunda azalış olduğunu göstermektedir (130). Türkiyede ailesiyle yaşayan yaşlı bireylerin moralinin daha yüksek olduğu ve verimli olmak için çaba gösterdiği belirtilmiştir (131,132).

YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının yaşadığı yere göre karşılaştırılması incelendiğinde, yaşadığı yer grupları arasında duyuşal işlev, geçmiş/bugün/gelecek, sosyal katılım alt boyutları yönünden köyde yaşayanların ölçek puanının daha düşük olduğu belirlendi. Trost ve arkadaşları çalışmalarında kentte yaşayan yaşlı bireylerin bedensel aktivitelerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (121). Benzer şekilde yapılan farklı bir araştırmada kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin (%37) kentlerde yaşan yaşlı bireylere (%27) daha az aktif oldukları belirlenmiştir (122). Humpell ve arkadaşları ise, yaşlı bireylerin yaşadığı ortamlarda spor aktivite alanları, yeşil alanlar, yürüme alanları olmasının yaşlı bireylerin aktivite düzeylerini etkilediğini tespit etmiştir (123). Silopi ilçesinde yaşlıların spor yapabileceği alanların ya da yeşil alanların olmaması yaşam kalitesini doğrudan etkileyeceği düşünülmektedir.

YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde, çalışanlarla çalışmayanlar arasında duyuşal işlev, özerklik, geçmiş/bugün/gelecek, sosyal katılım ve yakınlık alt boyutlarında çalışanların ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Yaşam kalitesi kavramı insanların yaşamları boyunca önem arz eden tecrübelerinin tamamını ifade etmektedir. Yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri de mesleki fonksiyonlardır (133). Çağlayan ve Yılmaz (2016) araştırmalarında kendine ait evi olan, çalışmaya devam eden ve hanesinin gelir durumu

4.500 TL'den yüksek olan yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek belirlenmiştir (128).

YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının çalışma gelir durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde, gelir grupları arasında duyuşal işlev alt boyutunda 0-500 grubu ile 501-1000 grubu arasında fark olduğu belirlendi. Gelir grupları arasında özerklik alt boyutunda ve yakınlık alt boyutunda 0-500 grubu ile 1501 ve üzeri grubu arasında fark olduğu belirlendi. Arpacı ve Gürbüz (2012) araştırmalarına düşük gelir düzeyine sahip yaşlıların yaşam kalitesinin de düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır (134).

YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması incelendiğinde, kronik hastalığı olanlarla olmayanlar arasında duyuşal işlev alt boyutunda kronik hastalığı olanların alt boyut puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte YKÖ toplam puanı ve alt boyutlarının ilaç almasına göre karşılaştırılması incelendiğinde, ilaç kullananlarla kullanmayanlar arasında duyuşal işlev alt boyutunda ilaç kullananların ölçek alt boyut puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Benzer şekilde Altuğ ve arkadaşları (2009) çalışmalarında devamlı ilaç kullanım durumu olmayan ve kronik bir hastalığı olmayan yaşlıların yaşam kalitesinin iyi olduğunu belirtmiştir (99). Silopi ilçesinde sağlık hizmetlerinin kısıtlı olması nedeniyle kronik rahatsızlığı olan yaşlılar daha çok ilaçla tedavi yöntemini tercih etmektedir. Bu nedenle de ilaç kullananların yaşamlarını daha kolay devam ettirdiği düşünülmektedir. İlaç kullanımını ağrıyı azaltmakta bu da yaşam kalitesinin düzelmesine neden olmaktadır.

#### **5.4.Katılımcıların GAÖ toplam puanı ve alt boyutları ile Yaşam Kalitesine ilişkin bulguların karşılaştırılması Tartışılması**

Ağrı çeşitli düzeylerde hissedilebilen ve kişiden kişiye değışebilen bir deneyimdir. Bu nedenle mevcut ağrı şiddetine göre ve bireyin yaşantısına göre bireyin aktivitesini, yaşam kalitesini etkilemektedir (41). Yapılan çalışmalar incelendiğinde kronik rahatsızlığın sürekliliği bireyin ruhsal, sosyal ve bedensel iyi olma durumunu olumsuz etkileyebildiği belirlenmiştir. Ağrının bireysel bir yaşantı olması nedeniyle yaşam kalitesinde meydana gelecek durumlarda bireyden bireye farklılık gösterecektir. Bu bağlamda ağrıyı değerlendirmenin etkili yolu hasta bireyin ağrısını ciddiye almak ve beyanına güvenmek gerekmektedir. Süreç değerlendirilirken de ağrının özgü olması nedeniyle yaşam kalitesine de etkisinin kişiye özgü olacağı bilinmelidir (8).

GAÖ toplam ve alt boyutları ile YKÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, GAÖ toplam ölçek puanı ile “geçmiş/bugün/gelecek” ve “sosyal katılım” alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, “ölüm/ölmek” alt boyutu ile negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi.

Ağrı nedeniyle çekilme alt boyutu ile “duyusal işlev” arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, “geçmiş/bugün/gelecek” ve “sosyal katılım” alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi.

Ağrı şiddeti alt boyutu ile “özerklik” alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf ilişki, “geçmiş/bugün/gelecek” ve “sosyal katılım” alt boyutları arasında pozitif yönlü orta kuvvette bir ilişki, ölüm/ölmek” alt boyutu ile negatif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi. Hareketle ağrı alt boyutu ile “duyusal işlev” alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi.

Yorucu hareketlerde ağrı alt boyutu ile “özerklik”, “geçmiş/bugün/gelecek”, “sosyal katılım”, “yakınlık”, arasında pozitif yönlü zayıf ilişki ve ölüm/ölmek alt boyutu ile negatif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi.

Diğer hareketlerde ağrı alt boyutu ile “duyusal işlev” ve “ölüm/ölmek” alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf ilişki, “özerklik”, “geçmiş/bugün/gelecek” ve “sosyal katılım” alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi.

Çalışmamız kapsamında ağrının yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Çalışmaya katılan ve ağrılılarıyla sahip yaşlılar duygularını ifade edebilmektedir. Bununla birlikte yaşlıların ağrıları azaldıkça günlük aktiviteleri yerine getirme becerileri ve yaşamdan aldıkları doyumda artmaktadır. Hareketle ağrıya sahip bireyler bağımsız hareket edebilmekte, yakın ilişkiler kurabilmekte ve günlük aktivitelerini yerine getirebilmektedir. Bu durum fiziksel aktivitelerin ağrısı olan yaşlılarda ağrıyı kontrol altına alarak yaşam kalitesini arttırdığını düşündürmektedir. Bununla birlikte ağrı azaldıkça ve sosyalleşme süreçlerine dâhil oldukça bireylerin ölüme yönelik olumsuz düşünceleri de azalmaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Silopi’de yaşayan yaşlı bireylerin ağrı prevalansı ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

Ağrıya sahip bireylerin demografik özelliklerinin (evli olma, çalışma, eğitim durumu, yaşanan yer vb.) ağrıyı doğrudan etkilediği belirlenmiştir.

Yalnız yaşayan, kadınların, eğitim durumu ve gelir durumu düşük olan yaşlıların ağrılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ağrısı olan bireylerin yaşam kalitesinin azaldığı ve ağrısı olan fiziksel aktivitesi yapabilen bireylerin yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi arttıkça yaşlı bireylerde ölüme yönelik olumsuz düşüncelerin azaldığı, özerk hareket etme, günlük aktiviteleri yerine getirme ve sosyalleşmesinin arttığı belirlenmiştir.

### 6.2. Öneriler

Yaşlıların fiziksel aktiviteler yapabileceği alanlar düzenlenmeli

Yaşlıların sağlık hizmeti alabileceği programlar geliştirilmeli.

Yaşlı yakınlarına yaşlı bakımına yönelik eğitimler verilmeli.

Yaşlıların gelir elde edebileceği ve sosyalleşebileceği iş olanakları geliştirilmeli.

Okur-yazar yazar olmayan ve hastanede kaydı olan yaşlılara sunulacak sağlık hizmetine yönelik sağlık personellerine eğitimler verilmeli.

## KAYNAKLAR

1. TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Sağlıklı Yaşlanma ve Yaşlılara Sağlık Hizmeti Sunumu Bilgi Notu, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-anasayfa> [16.02.2020].
2. Bakanlığı, T. S. (2015). *Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020*. Ankara, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti. 22-30.
3. TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Yaşlılık Döneminde Güvenli ve Sağlıklı Çevre Bilgi Notu. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yasli-sagligi/> [16.02.2020].
4. Özel, F., Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Ç. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı*. 26(2): 57-64.
5. Babadağ, B., Balcı Alparıslan, G. (2016). Yaşlandım, ağrım var!. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 13(2): 67-71.
6. Çilingir, D., Bulut, E.(2017). Yaşlı bireylerde ağrıya yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20(2): 145-153.
7. Mutluay, E. (2015). Yaşlı kanser hastalarında ağrı. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*. 30(2): 90-95.
8. Tavşanlı, N. G., Özçelik, H., Karadakovan, A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*. 25(3): 93-100.
9. Çam C, Atay E, Işıklı B. (2018). Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 3(2): 50-67.
10. İlhan, N., Arpacı, S., Havaoğlu, D., Kalyoncuoğlu, H., Sarı, P. (2016). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Clin Exp Health Sciences*. 6(2): 56-65.
11. Şahin, N. E., Emiroğlu, O. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1(1): 57-66.
12. Yiğitbaş Ç., Deveci S. E. (2018). Yaşlılık ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*. 3(1). 80-7.
13. Biçer S. (2017). Yaşlı bireylerde görülen sağlık sorunları ve hemşirelik yaklaşımları. Ovayolu Ö., Ovayolu N. (Ed.), *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 356-374.
14. Kılıç, D.(2010). Yaşlı sağlığı. Erci B. (Ed.), *Halk sağlığı hemşireliği*. Amasya: Göktuğ Yayıncılık. 135-155.

15. TUİK (2018). İstatistiklerle Yaşlılar. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar,engellidb/hastaliklar/Yasli\\_Sagligi/raporlar\\_istatistikler/TUIK\\_Yasli\\_Istatis tik\\_2018.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar,engellidb/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatis tik_2018.pdf) [12.10.2019].
16. Yağcı, Ü., Saygın M. (2019). Ağrı Fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 26(2): 209-220.
17. Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 3(2): 37-40.
18. Akbaş, M., Tosunöz, İ. K. (2019). Ağrı ile ilişkili girişimler konusunda hemşirelerin bilgi ve yaklaşımları. *Cukurova Medical Journal*. 44(1): 136-143.
19. Akkaya, A. D. (2017). *Hemşirelik ile ilk ve acil yardım bölümü öğrencilerinin ağrı inançlarının belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi.
20. Öngel, K. (2017). Ağrı tanımı ve sınıflaması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 9(1): 12-14.
21. Şentürk, İ. A. (2018). Ağrı değerlendirilmesi: Tipleri ve mekanizmaları. *Medical Research Reports*. 1(3): 78-81.
22. Yılbaşı, A. A., Çeleb, N. (2014). Palyatif bakımda ağrı tedavisi ve sorunlar. *Journal of Anesthesia*. 22(3): 124 – 134.
23. Tütüncü, R., Günay, H. (2011). Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon/Chronic pain, psychological factors and depression. *Dicle Tıp Dergisi*. 38(2): 257.
24. Eti Aslan, F. (2012). Kronik ağrı ve bakım. Durna Z. (Ed.), *Kronik hastalıklar ve bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 201-216.
25. Uzunoğlu S., Çiçin İ. (2011). Kanser hastalarında ağrıya yaklaşım. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı*. 24: 14-20.
26. Eti Aslan, F., Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*. 17(2): 44-51.
27. Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 18(1): 83-92.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). *Yaşlı sağlığı modülü: eğitimciler için eğitim rehberi*. İstanbul: Anıl Matbacılık. 15-357.
29. Pirinççi, C. Ş., Arık, M. I., Telci, E. A. (2019). Diz osteoartritli hastalarda ağrı, fonksiyonel düzey ve yürüyüşün zaman mesafe parametreleri. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 6(2): 86-92.
30. Bilge, A., Ulusoy, R. G., Üstebay, S., Öztürk, Ö (2018). Osteoartrit. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*. 8(1): 133-142.

31. Akdemir, N. (2011). Kronik hastalıklar ve sorunları. Akdemir N., Birol L. (Ed.), *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. İstanbul. Vehbi Koç Yayınları. 193-199.
32. Arulat, T. (2009). *Aile Hekimlerinin birinci basamakta yaşlı hasta değerlendirmesindeki sorunlar*. Antalya: Akademik Geriatri Kongre Kitabı. 17-22.
33. Erdem, N., Ergüney, S. (2005). Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(3): 1-9.
34. Soylu, K. (2012). Kararlı angina pectoris. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*. 29(3s): 117-121.
35. Yıldız, D, Haki, C , Seferoğlu, M , Zarifoğlu, M., Karlı, N . (2007). Yaşlılarda baş ağrısı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 33(3): 111-113.
36. Çetin, Y, Yağcı, N., Yürekdel Şahin, N . (2016). Kronik kas-iskelet ağrısı olan yaşlılarda kognitif düzeyin ağrı algısına etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(3): 71-78.
37. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010). *Yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi*.
38. Bayan, D . (2017). Konstipasyona güncel yaklaşım. *Klinik Tıp Bilimleri*. 5(2): 24-29.
39. Özen, M., Eroğlu, E. (2020). Anal fissür: kabızlığın bir komplikasyonu mu?. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 13(1): 163-167.
40. Tanrıverdi, G., Okanlı, A., Çetin, H., Özyazıcıoğlu, N., Sezgin, H., Özışık-Kararman, H., Korkut, M. (2009). Yaşlı popülasyonunda ağrı. *Türk J Geriatr*. 12(4): 190-197.
41. Aslan F. E., Uzun Ö. (2014). Yaşlılarda ağrı. Aslan F. E. (Ed.), *Ağrı doğası ve kontrolü*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 357-374.
42. Önal A. (2007). Kanser ağrısı. Erdine S. (Ed.), *Ağrı*. İstanbul: Nobel Kitabevi.
43. Uyar M. (2003). Yaşlılarda ağrı değerlendirmesi. Özyalçın N. S. (Ed.), *Yaşlılık çağında ağrı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 39-48.
44. Kaye A. D., Baluch A., Scott J. T. (2010). Pain management in the elderly population: a review. *The Ochsner Journal*. 10: 179-87.
45. Molton I. R., Terrill A. L. (2014). Overview of persistent pain in older adults. *Am Psychol*. 69(2): 197-207.
46. Fine P. G. (2012). Treatment guidelines for the pharmacological management of pain in older persons. *Pain Medicine*. 13(2): 57-66.
47. Erdemoğlu A. K., Gökçe, B. (2010). Yaşlılarda ağrı. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Özel Dergisi*. 3(4): 86-94.

48. Schofield P. (2014). Assessment and management of pain in older adults: current perspectives and future directions. *Scot Universities Med J.* 3(3):1-7.
49. Kuru, T., Yeldan, İ., Zengin, A., Kostanoğlu, A., Tekeoğlu, A., Akbaba, Y. A., Tarakçı, D. (2011). Erişkinlerde ağrı ve farklı ağrı tedavilerinin prevalansı. *Ağrı.* 23(1): 22-27.
50. Akyol, A. (2010). Opioid sistem ve narkotik analjezikler. *Türkiye Klinikleri Neurology-Special Topics.* 3(1): 81-85.
51. Cherny N. I, Baselga J., De Conno F. (2010). Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative *Ann Oncol.* 21: 615–626.
52. Yücel, A. (2003). Opioid analjezikler. Özyalçın N. S. (Ed.), *Yaşlılık çağında ağrı.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 113-135.
53. Öztürk G. B., Karan M. A. (2009). Yaşlıda ağrıya yaklaşım. *Akad Geriatri.* 1: 31-44.
54. Usta Yeşilbalkan, Ö. (2007). Yaşlı bireylerde ağrı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 23(2): 131-144.
55. Kara, H. (2011). *Huzurevinde yaşayan bireylerde ağrının değerlendirilmesi ve ağrıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
56. Ketenci, A. (2003). Yaşlılarda ilaç dışı tedavi uygulamaları. Özyalçın N. S. (Ed.), *Yaşlılık çağında ağrı.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 183-196.
57. Özveren, H., Faydalı, S., & Özdemir, S. (2016). Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory.* 7(4): 99-105.
58. Edirne, S. (2003). *Ağrı sendromları ve tedavisi.* İstanbul: Gizben Matbaacılık.
59. Beyazova M., Kutsal Y. G. (2000). *Fiziksel tıp ve rehabilitasyon.* Ankara: Güneş Kitabevi.
60. Yağız On, A. (2006). Ağrıda soğuk uygulamalar. *Ağrı.* 18(2): 5-14.
61. Loeser, J. D. (2001). *Bonica's management of pain.* 3rd Edition USA: Lippincot Williams.
62. Erten S. N., Akpınar T. S. (2015). Yaşlıda ağrıya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Geriatri Özel Dergisi.* 1(1): 82-90.
63. Aktürk, A., Kılıç, G., Şenocak, E., Baran, M. S. (2019). Spinal osteoartritte tedavi yaklaşımları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* (8): 807-815.

64. Turan, N., Özkan, B. (2017). Yoğun bakım ünitelerinde ağrı ve hemşirelik: fenomenolojik çalışma. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*. 8(3):
65. Koziar B., Berman A., Snyder S., Erb G. (2008). *Fundamentals of nursing concepts, process and practice*. New Jersey: Prentice Hall.
66. Jiang P. S., Qin Y. (2008). Touch therapies for pain relief in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 8(4): 1-45.
67. Kwekkeboom, K. L., Gretarsdottir, E. (2006). Systematic review of relaxation interventions for pain. *Journal of Nursing Scholarship*. 38(3): 269-277.
68. Salman, İ. B., Berk Sertel, H. Ö. (2017). Kronik gerilim tipi baş ağrısında kognitif davranışçı terapi: Olgu sunumu. *Ağrı*. 29(4): 177-184.
69. Savaş, E. (2020). Psikoönkoloji & güncel yaklaşımlar. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 7(2): 15-22.
70. Kulakçı H., Emiroğlu, O. N. (2011). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha sistemi'nin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 4(1): 25-33.
71. Mezey M., Schumann M. J., Marlano C., Handberg C., Sutermeister D. J. (2007). Specialty in nursing scope and standards of practice: Incorporating content about the care of older adults. *Geriatr Nurs*. 26: 23-28.
72. Özveren, H., Uçar, H. (2009). Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 16(3): 59-72.
73. Çoçelli, L. P., Bacaksız, B. D., Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 14(2): 53-58.
74. Dirimeşe, E., Özdemir, F. K., Şahin, Z. A. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri, Kültürel Farkındalıkları Ve Yeterlilikleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(3): 1-6.
75. Özer, M., Karabulut Ö. (2003). Yaşlılarda yaşam doyumu. *Geriatrici*. 6(2): 72-74.
76. Top, Ü. F., Saraç, A., Yaşar, G. (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 13: 14-22.
77. Çuhadar, D., Sertbaş, G., Tutkun H. (2006). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 7: 232-239.

78. Miszko, T. A., Cress, M. E., Slade J. M., Covey, C. J., Agrawal, S. K., Doerr C. E. (2003). Effect of strength and power training on physical function in community-dwelling older adults. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 58(2): 171-175.
79. Koparan, N. (2019). *Yaşlıların yaşadığı yerin depresyon, günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
80. Şimşek, T. T., Yümin, T. E., Sertel, M., Öztürk, A., Yümin, M. (2011). Mental, mobilite ve fonksiyonel özür lülüğün yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisi. Karşılaştırmalı çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*. 14(4): 321-330.
81. Birtane, M., Tuna, H., Ekuklu, G., Uzunca K., Akçi, C., Kokino S. (2000). Edirne Huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Geriatri*. 3(4): 141-145.
82. Telatar, T. G., Özcebe, H. (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. (3): 162- 165.
83. Diker, J., Etiler, N., Yıldız, M., Şeref, B. (2001). Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Psikiyatri Dergisi*. 2(2): 79-86.
84. Altay, B., Avcı , A. İ. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*. 36(4): 275-282.
85. Paskulin, G. L., Vianna, L., Molzahn, A. E. (2009). Factors associated with quality of life of brazilian older adults. *International Nursing Review*. 56: 109-115.
86. Enkvist, A., Ekström, H., Elmstahl, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 54: 140-145.
87. Yümin, T. E., Şimşek, T., Sertel, M., Öztürk, A., Yümin, M. (2011). The effect of functional mobility and balance on health related quality of life (hrqol) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 52: 180-184.
88. World Health Organization. Active aging: A policy framework (2002). <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf>den indirilmiştir. [04.03.2020].
89. Borowiak, E., Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging Clin Exp Res*. 16: 212-220.

90. Sitoh, Y. Y., Lau, T. C., Zochling, J. (2005). Determinants of health-related quality of life in institutionalised older persons in northern Sydney. *Intern Med J.* 35: 131-134.
91. Zincir, H., Taşçı, S., Erten, Z. K., Başer, M. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 17(3): 168-174.
92. Göçer, Ş., Özdemir, Ç., Akın, S., Öztürk, A., Mazıcıoğlu, M. M. (2017). Yaşlıların yaşam tarzları ve yakın çevreleriyle olan ilişkileri. *Türkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences.* 2(1): 1-6.
93. Taşkiran, N., Demirel, F. (2017). Türkiye’de yaşlıların yaşam kalitesi: sistematik inceleme. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2(1): 21-28.
94. Subasi, F., Hayran O. (2005). Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Arch Gerontol Geriat.* 41: 23-29.
95. Borman P. (2007). Temel geriatri. Kutsal Y. G., Aslan D. Güneş (Ed.), *Yaşlılıkta yaşam kalitesi.* İstanbul: Tıp Kitabevleri. 1197-1201.
96. Günaydın, R. (2010). Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics.* 13(4): 278-284.
97. Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A. (2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Geriatrici.* 3(4): 133- 140.
98. Kılıçoğlu, A., Yenilmez, Ç. (2005). Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. *Düşünen Adam.* 18(4): 187-195.
99. Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N., Cavlak, U. (2009). Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.* 2(1): 48-60.
100. Eyigör, S., Karapolat, H., Durmaz, B. (2006). Bir üniversite kliniğine başvuran yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve depresyon bulguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics.* 9(3): 130-135.
101. Yazgan, Ç., Kora, K., Topçuoğlu, V., Kuşçu, K. (2006). Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics.* 9(3): 143-149.
102. Polat, Ü., Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi.* 18(4): 213-218.

103. Erdoğan, Z. (2013). *Huzurevinde kalan yaşlılarda reikinin ağrı, yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
104. Çetin, S., Uslu, T., Beşiktaş, M. Y., Taşkiran, M. Y. (2019). Yaşlılarda yaşam kalitesi ve fiziksel kapasite ilişkisinin incelenmesi. *Spor Eğitim Dergisi*. 3(3): 1-9.
105. Kankaya, H., Karadakovan, A. (2017). Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(4): 21-29.
106. Ferrell, B. A., Stein, W. M., Beck, J. C. (2000). The Geriatric Pain Measure: Validity, reliability and factor analysis. *J Am Geriatr Soc*. 48(12): 1669- 1673.
107. Dursun, G. (2013). Yaşlı bireylerde geriatrik ağrı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
108. Dursun, G., Bektas, H. (2017). Cultural validation and reliability of the Turkish version of the geriatric pain measure in the elderly. *Pain Practice*. 17(4): 505-513.
109. Eser, E., Eser, S., Özyurt, B. C., Fidaner, C. (2005). Perception of quality of life by a sample of Turkish older adults: WHOQOL-OLD project Turkish focus group results. *Turkish Journal of Geriatrics*. 8(4):169-183.
110. Özyurt, C. B., Eser, E., Çoban, G., Akdemir, N. S., Karaca, İ., Karakoç, Ö. (2007). Manisa muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 10(3):117-23.
111. Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H., Fidaner, C. (2010). Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*.21(1): 37-48.
112. Soyuer, F., Şenol, V., Elmalı, F. (2012). Huzurevinde kalan 65 yaş ve üstündeki bireylerin, fiziksel aktivite, denge ve mobilite fonksiyonları. *Cep*. 542(235): 40-62.
113. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, Santini M, Pezzella F, Scaldaferrri N, et al. (2001). Prevalence of headache in an elderly population: attack frequency, disability, and use of medication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 70(3): 377-381.
114. Tarsuslu-Şimşek, T., Tütün-Yümin, E., Sertel, M., Öztürk, A., Yümin, M. (2011). Mental, Mobilite ve Fonksiyonel Özürlülüğün Yaşlılarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Karşılaştırmalı Çalışma. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 14(4): 321-330.
115. Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behav Res Ther*, 39 (7): 787-800.

116. Saltan, A. (2017). Yaşlılarda Depresyon, Ağrı ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2): 67-72.
117. Birge, A. Ö., Mollaoğlu, M. (2018). Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler. *Ağrı*. 30(2): 84-92.
118. Sawyer P, Bodner EV, Ritchie CS, Allman RM. (2006). Pain and pain medication use in community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 4:3,16-24.
119. Onder G, Cesari M, Russo A, Zamboni V, Bernabei R, Landi F. (2006). Association between daily pain and physical function among old-old adults living in the community: results from the iLSIRENTE study. *Pain*. 121: 53-9.
120. Miro J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, et al. (2007). Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain*. 11: 83-92. 2.
121. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF ve ark. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc*. 34(12): 1996-2001.
122. Centers for Disease Control and Prevention. (1998). Selfreported physical inactivity by degree of urbanization-United States, 1996. *MMWR*. 47: 1097-1100.
123. Humpel N, Owen N, Leslie E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *Am J Prev Med*. 22(3): 188-199.
124. Koçoğlu, D., Özdemir, L. (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyodemografik-ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Ağrı*. 23(2): 64-70.
125. Dedeli, Ö., Karadakovan, A. (2011). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD*, 1(1): 23-32.
126. Dunn KS, Horgas AL. (2004). Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain Manag Nurs*. 5(1): 19-28.
127. Azak A, Karamanoğlu A, Sert H, Çetinkaya B, Özen Çınar İ, Kartal A.(2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*. 55-9.
128. Çağlayan, Ç., Yılmaz, F. (2016). Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(4): 129-140.
129. Kara, B., Yıldırım, Y., Genç, A. ve Ekizler, S. (2009). Geriatriklerde ev ortamı ve yaşam memnuniyetinin değerlendirilmesi ve düşme korkusu ile ilişkisinin incelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 20(3): 190.

130. Dhar, H. L. (2001). Gender, aging, health and society. *J Assoc Physicians India*, 49:1012.
131. Bozo, O., Toksabay, N. E., Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *J. Psychol*, 143(2): 193-205.
132. Büker, İ., Altuğ, F., Kavlak, E., Kitiş, A. (2010). Huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda moral ve depresyon düzeyinin fonksiyonel durum üzerine etkisinin incelenmesi bakım evlerinde dış mekân tasarımı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 3(1-2): 44-53.
133. Şahin, M., Yalçın, M. (2003). Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6 (1) : 10-13.
134. Arpacı, F., Gürbüz, S. (2012). Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Şehre Göre Yaşam Kalitesi Değerlendirmeleri. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 47(2): 47-64.

# EKLER

EK 1

## ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI



T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :71915440-804.01-E.2007300004  
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:30.07.2020

Sayın Demet ÜNLÜ

Enstitü Yönetim Kurulunun 9.5.2019 tarih ve 2019/020 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*e-imzalıdır*  
Prof. Dr. Ayla YAVA  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
184101050 Demet ÜNLÜ	Silopi'de yaşayan Yaşlı Bireylerin Ağrı Prevelansı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Adres :Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP  
Tel :+90 342 211 80 80  
Fax :+90 342 211 80 81

İrtibat : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Web : www.hku.edu.tr  
e-Posta : info@hku.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
<http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index?EvrakNo=E.2007300004&ErisimKodu=edbf2772>

## ETİK KURUL ONAY FORMU

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

Karar No : 2019/44  
Karar Tarihi : 14.06.2019

Sayın Demet ÜNLÜ,

*“Silopi’de Yaşayan Yaşlı Bireylerin Ağrı Prevelansı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi”* konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN  
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN  
Üye

(Sorumlu Araştırmacı  
Olduğundan Katılmadı)  
Prof. Dr. Nermin OLGUN  
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL  
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR  
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT  
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA  
Üye

Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ  
Üye

Güyen HOŞ  
Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**ASLIGIBİDİR**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



Sayı : 49654233-604.02  
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr.  
Nermin OLGUN)



ŞIRNAK VALİLİĞİNE  
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 01/08/2019 tarihli ve 29562954-771-182 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Hasan KALYONCU Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nermin OLGUN sorumluluğunda, Yüksek Lisans Öğrencisi Hem. Demet ÜNLÜ tarafından yapılmak istenen "Silopi'de Yaşayan Bireylerin Ağrı Prevelansı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu araştırma talebine ilişkin Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, sorumlu aile hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892  
Telefon: 312 565 5854 Faks No:

\* e-Posta: zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Bilgi için: ZEYNEP KÖSEOĞLU  
TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No: 312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4e5f57e2-dc52-40d8-8061-dfd50c9698b9 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİNLERİ BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARAR TUTANAĞI**

Karar No : 2019/1  
Karar Tarihi : 30/07/2019

SİRNAK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SİRNAK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EĞİTİM HİZMETLERİ BİRLİĞİ  
30.07.2019 16:24 - 29462954771-180  
BİTİM

**KARAR:**

16474929686 TC. Kimlik Numaralı Demet ÜNLÜ'nün İl Sağlık Müdürlüğümüz Silopi İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Silopi 5 (Beş) Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde 01/09/2019-01/01/2020 tarihleri arasında yapacağı "Silopi'de Yaşayan Yaşlı Bireylerin Ağrı Prevelansı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu Yüksek Lisans tez çalışmasının Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN  
Op. Dr. İsmail BAŞIBÜYÜK  
İl Sağlık Müdürü

Üye  
Uzm. Dr. Esra ŞAHİN  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Üye  
Dr. Naci UĞUR  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı V.

Üye  
Uzm. Dr. Ari Avni ERBİL  
Sağlık Hizmetleri İlçe Tıbbi Cihaz  
Acil Sağlık Hizmetleri Başkanı

Üye  
Suat ŞANLI  
Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı

Üye  
Muhammed Yasin ELCİOĞLU  
Uzman

Üye  
Metin KARATOPRAK  
Tıbbi Sekreter

## SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

### SAYIN KATILIMCI;

Aşağıdaki sorular sosyo-demografik ve ağrı düzeyinize bağlı yaşam kaliteniz ile ilgili bazı sorular içermektedir.Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecek ve bu sorunun çözülmesine katkı sağlayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Yaş	
2.Cinsiyet	1. Kadın() 2. Erkek()
3.Medeni durum	1.Bekar() 2.Evli() 3.Boşanmış() 4.Dul()
4.Eğitim Durumu	1.Okur yazardeğil() 4.Ortaokul mezunu()
	2.Okur yazar() 5.Lise mezunu()
	3.İlkokul mezunu() 6.Üniversite veüzeri()
5.Kimlerle yaşadığı	1.Ebeveynleri ile() 4.Yalnız()
	2.Yakınları ile() 5.Sosyal kurum()
	3.Eş ve çocukları ile()
6.Yaşadığı bölge	1.il() 2.ilçe() 3.Köy()
7.Çalışma durumu	1.Çalışıyor() 2.Çalışmıyor()
8.Yaşadığı hanenin aylık gelirmiktarı (TL)	1. 0-500 TL () 4. 1500-2000 ()
	2. 500-1000 TL () 5. 2000-..... ()
	3. 1000-1500 TL ()
9. Herhangi bir kronik hastalığınız mevcut mu?	Evet () Hayır()
10.Düzenli kullandığınız ilaç var mı?	Evet () Hayır()

## GERİATRİK AĞRI ÖLÇEĞİ ANKETİ

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

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

Toplam Puan (0-42)

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

## WHOQOL-OLD

## Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

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

Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
<b>1</b>	(F 25.1) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	(F 25.3) İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	(F 26.1) Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	(F 26.2) Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	(F 26.4) Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	(F 29.2) Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	(F 29.3) Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	(F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	(F 29.5) Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri ne ölçüde tam olarak yaptığınız veya yapabildiğiniz, örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığınız veya dolaşabildiğiniz ile ilgilidir. Eğer bunları tam olarak yapabiliyorsanız "tamamen" seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine alınız. Eğer bunları hiç yapamıyorsanız o zaman da "hiç" seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine almalısınız. Size uygun yanıt "hiç" ve "tamamen" arasında bir yere tekabül ediyorsa bu sayılardan size en uygun geleni işaretleyin. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.</p>						
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
<b>10</b>	(F25.4) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	(F 26.3) Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b>	(F 27.3) Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	(F 27.4) Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	(F 28.4) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

www.ftronline.com

## WHOQOL-OLD Sayfa-2

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi **ne kadar hoşnut, mutlu ve iyi hissettiğiniz** ile ilgilidir. Örneğin, toplumsal hayata katılımınız veya yaşam içinde başarabildiğiniz şeyler.

Yaşamınızın her bir yönünden ne kadar hoşnut olup olmadığınıza karar verin ve bunu en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.		Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
<b>15</b>	(F 27.5) Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>16</b>	(F 28.1) Zamanınızı kullanma biçimimizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>17</b>	(F 28.2) Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>18</b>	(F 28.7) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>19</b>	(F 27.1) Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
<b>20</b>	(F 25.2) Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz dostluk ilişkileri düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarırken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.						
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
<b>21</b>	(F 30.2) Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>22</b>	(F 30.3) Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>23</b>	(F 30.4) İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>24</b>	(F 30.7) İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?						
-----						

Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group (2005) Qual Life Res. 2005 Dec;14(10):2197-214

## GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Bu araştırmanın kapsamında ‘Silopi’de Yaşayan Yaşlı Bireylerin Ağrı Prevelansı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi’ amaçlanmıştır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız sadece bu araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Araştırma bireylerin yaşam kalitesinin artması ile birlikte toplumsal kalitenin ve mutluluğun artmasını da doğrudan etkileyeceği için önemli görülmektedir.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün

Adı, Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon numarası):

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının

Adı, Soyadı: Demet ÜNLÜ / Hemşire

İmzası:

## İNTİHAL RAPORU

	<h2>LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU</h2>
---	---

<b>SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE</b> Tez Başlığı: Silopi’de Yaşayan Yaşlı Bireylerin Ağrı Prevalansı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi	
Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 43 sayfalık kısmına ilişkin, 09/07/2020 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinal raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir*) olup, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil %14’tür. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30’un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).	
Uygulanan filtrelemeler: <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dahil <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Açıklamalar Hasan Kalyoncu Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
 Tarih:09/07/2020	
<b>Adı Soyadı:</b>	Demet ÜNLÜ
<b>Öğrenci No:</b>	184101050
<b>Anabilim Dalı:</b>	HEMŞİRELİK
<b>Programı:</b>	HEMŞİRELİK
<b>Statüsü:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Y.Lisans <input type="checkbox"/> Doktora
<b>*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.</b>	
<b>DANIŞMAN ONAYI</b>  UYGUNDUR.	
Prof. Dr. Nermin OLGUN 	

**SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ****ÖZGEÇMİŞ****ADI SOYADI:** Demet ÜNLÜ**DOĞUM YERİ /TARİHİ:** Diyarbakır / 01.06.1987**MEDENİ DURUMU:** Evli**E-POSTA:** hipokrat\_demet@hotmail.com**EĞİTİM BİLGİLERİ:**

<b>DERECE</b>	<b>ALAN</b>	<b>ÜNİVERSİTE</b>	<b>YIL</b>
LİSANS	HEMŞİRELİK	MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ	2009-2013
YÜKSEK LİSANS	HEMŞİRELİK	HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ	2018-2020

**ÇALIŞMA DURUMU**

Diyarbakır Memorial Hastanesi Acil Servis (2013-2014)

Silopi İlçe Sağlık Müdürlüğü (2014-Halen)

**KATILDIĞI EĞİTİMLER/ SEMİNERLER:**

- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Daire Başkanlığı tarafından 05-07 Kasım 2018 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen ‘ Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Temel Eğitimi’
- Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü ‘ Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi’ (02.07.2018)
- Şırnak Halk Sağlığı Müdürlüğü ‘ Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi’ (15.09.2017)
- Hemşirelik Haftası Vesilesiyle 18.05.2012 tarihinde düzenlenen ‘ Türkiye ‘ de Hemşirelik’ paneli
- 26 Mart 2010 tarihinde Mardin ‘de düzenlenen ‘ II. Hasta ve Çalışan Güvenliği sempozyumu”