

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HUZUREVİNDE KALAN BİREYLERDE KİNEZYOFOBİNİN AĞRI,
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE BAĞIMSIZLIK VE YAŞAM
DOYUMU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Uzm. Erg. Mürüvvet AYDEMİR

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2023

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HUZUREVİNDE KALAN BİREYLERDE KİNEZYOFOBİNİN AĞRI,
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE BAĞIMSIZLIK VE YAŞAM
DOYUMU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Uzm. Erg. Mürüvvet AYDEMİR

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. ONUR ALTUNTAŞ**

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2023**

**HUZUREVİNDE KALAN BİREYLERDE KİNEZYOFOBİNİN AĞRI,
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE BAĞIMSIZLIK VE YAŞAM
DOYUMU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Öğrenci: Mürüvvet AYDEMİR

Danışman: Doç. Dr. Onur ALTUNTAŞ

Bu tez çalışması 27.11.2023 tarihinde jürimiz tarafından “Ergoterapi Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Mine UYANIK* *imza*
Hacettepe Üniversitesi

Tez Danışmanı: *Doç. Dr. Onur ALTUNTAŞ* *imza*
Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Gözde ÖNAL* *imza*
Ankara Medipol Üniversitesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

27.11.2023

Mürüvvet AYDEMİR

i

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokollü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
- (4) Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYANI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Onur ALTUNTAŞ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Mürüvvet AYDEMİR

TEŞEKKÜR

Akademik bilgi ve donanımlarıyla her zaman bana yol gösteren, eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak beni hep ileriye taşıyan, birlikte çalışmaktan onur ve keyif duyduğum, değerli danışman hocam Doç. Dr. Onur ALTUNTAŞ'a,

Bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşmaktan çekinmeyen, tezime sağladıkları katkılarından dolayı saygıdeğer Prof. Dr. Mine UYANIK ve Dr. Öğr. Üyesi Gözde ÖNAL hocalarıma,

Hem akademik hem de özel hayatımda her zaman yanımda olan, beni cesaretlendirip teşvik eden arkadaşlarım Uzm. Erg. Medine Nur ÖZATA DEĞERLİ ve Uzm. Erg. Ezginur GÜNDOĞMUŞ'a,

İhtiyaç duyduğum her an yanımda olan, dostluğu en güzel haliyle bana yaşatan en yakın arkadaşlarım Zeynep Şirin DOĞU ve Furkan DOĞU'ya ve Erg. Mukadder GÖKÇER'e,

Bu stresli ve yoğun süreçte sabır ve fedakarlıkları ile beni her zaman cesaretlendiren, motive eden ve her daim elimden tutan Ömer Rahman KÜÇÜKKALAY'a,

Tezime katılan tüm danışanlarıma, Özel Dikmen Yaşlı Bakım Merkezi Ve Huzurevi ile Özel Nazar Yaşlı Bakım Merkezi ve Huzurevi'ne

Her zaman arkamda olan, sevgilerini her daim hissettiğim, yanımda olmasalar da en büyük destekçilerim olan, bana sevmeyi, sevilmeyi ve dürüstlüğü öğreten çok sevgili aileme,

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

AYDEMİR M., Huzurevinde Kalan Bireylerde Kinezyofobinin Ağrı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve Yaşam Doymu ile İlişkisinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023. Bu çalışma huzurevinde kalan bireylerde kinezyofobinin ağrı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve yaşam doymu ile ilişkisini incelemek amacıyla planlandı. Çalışmamıza huzurevinde yaşayan 125 birey dahil edildi. Katılımcıların kinezyofobi düzeylerini belirlemek için Tampa Kinezyofobi Ölçeği, ağrı düzeylerini değerlendirmek amacıyla Geriatrik Ağrı Ölçeği, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeylerini değerlendirmek için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, yaşam doymu düzeylerini değerlendirmek için Yaşam Doymu Ölçeği kullanıldı. Katılımcıların kinezyofobi düzeyleri ile ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,827$, $p=0,000$). Çalışmamıza katılan bireylerin kinezyofobi düzeyleri ile günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptandı ($r=-0,793$, $p=0,000$). Katılımcıların kinezyofobi düzeyleri ile yaşam doymu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptandı ($r=-0,782$, $p=0,000$). Huzurevinde kalan bireylerde kinezyofobi, ağrı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve yaşam doymu arasındaki ilişkiyi incelediğimiz bu çalışmanın sonuçlarına göre huzurevinde yaşayan bireylere yapılacak olan değerlendirmelerde bu parametrelerin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, bağımsızlık, huzurevi, kinezyofobi ve yaşam doymu

ABSTRACT

AYDEMİR,M., Investigation of the Relationship Between Kinesiophobia and Pain, Independence in Activities of Daily Life and Life Satisfaction in Individuals Living in Nursing Home, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Occupational Therapy Programme Master Thesis, Ankara, 2023. This study was designed to examine the relationship between kinesiophobia, pain, independence in daily life activities, and life satisfaction in elderly residents of nursing homes. A total of 125 individuals living in nursing homes participated in our study. To determine the participants' levels of kinesiophobia, the Tampa Kinesiophobia Scale was used. The Geriatric Pain Scale was used to assess pain levels, the Katz Activities of Daily Living Scale to assess levels of independence in daily life activities, and the Life Satisfaction Scale to assess levels of life satisfaction. Statistically significant correlations were found between the participants' levels of kinesiophobia and pain levels ($r=0.827$, $p=0.000$). A statistically significant negative correlation was also observed between the participants' levels of kinesiophobia and their level of independence in daily life activities ($r=-0.793$, $p=0.000$). Furthermore, a statistically significant negative correlation was found between the participants' levels of kinesiophobia and their level of life satisfaction ($r=-0.782$, $p=0.000$). According to the results of this study, which examined the relationship between kinesiophobia, pain, independence in daily life activities and life satisfaction in individuals living in nursing homes, it is considered important to take these parameters into account assessments of individuals residing in nursing homes.

Keywords: Pain, independence, nursing home, kinesiophobia, life satisfaction

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYANI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık	4
2.1.1. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık	5
2.1.2. Yaşlılıkta Değişim	5
2.1.3. Yaşlılık Psikolojisi	6
2.1.4. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite	6
2.2. Kinezyofobi	7
2.2.1. Kinezyofobi Tanımı	7
2.2.2. Kinezyofobi Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri	7
2.2.3. Kronik Ağrıda Kinezyofobi	7
2.2.4. Yaşlılarda Kinezyofobi	8
2.3. Ağrı	8
2.3.1. Ağrı Tanımı ve Türleri	8
2.3.2. Yaşlanma ve Ağrı	9
2.3.3. Ağrının Patofizyolojisi	9
2.3.4. Ağrının Fizyopatolojik Etkileri	10
2.3.5. Ağrının Prevalansı	11
2.3.6. Ağrının Sınıflandırılması	11
2.4. Günlük Yaşam Aktiviteleri	12
2.4.1. Temel ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri	12
2.4.2. Yaşlanma ve Günlük Yaşam Aktiviteleri	13

2.4.3. Yaşlılıkta Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Limitasyonların Nedenleri	13
2.5. Yaşam Doyumu	14
2.5.1. Yaşam Doyumu Tanımı	14
2.5.2. Yaşam Doyumu ve Risk Faktörleri	15
2.5.3. Başarılı Yaşlanma ve Yaşam Doyumu	15
2.5.4. Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Bireyler	17
3.2. Veri Toplama Araçları	18
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	18
3.2.2. Standardize Mini Mental Test	18
3.2.3. Tampa Kinezyofobi Ölçeği	19
3.2.4. Geriatrik Ağrı Ölçeği	19
3.2.5. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	20
3.2.6. Yaşam Doyumu Ölçeği	21
3.3. Verilerin Analizi	20
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	26
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	34
7. KAYNAKÇA	35
8. EKLER	
EK-1: Tez Çalışması İçin Etik Kurul Onayı	
EK-2: Tez Çalışması İçin Orijinallik Raporu	
EK-3: Dijital Makbuz	
EK-4: Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-5: Sosyodemografik Bilgi Formu	
EK-6: Standardize Mini Mental Test	
EK-7: Tampa Kinezyofobi Ölçeği	
EK-8: Geriatrik Ağrı Ölçeği	
EK-9: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	
EK-10: Yaşam Doyumu Ölçeği	
9. ÖZGEÇMİŞ	55

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GAÖ	Geriatrik Ağrı Ölçeği
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
Maks.	Maksimum
Min.	Minimum
n	Birey sayısı
Ort.	Ortalama
p	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
r	Korelasyon katsayısı
SS	Standart sapma
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TKÖ	Tampa Kinezyofobi Ölçeği
YDÖ	Yaşam Doyumu Ölçeği
%	Yüzde

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Kronik Ağrıda Korku-Kaçınma Modeli	8
3.1. Çalışma Akış Şeması	18

TABLolar

Tablo	Sayfa
4.1. Sosyodemografik Bulgular	22
4.2. Katılımcıların kinezyofobi, ağrı, GYA Bağımsızlık ve yaşam doyumu değerleri	23
4.3. Yaş ile kinezyofobi, ağrı, GYA bağımsızlık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki	23
4.4. Kinezyofobi ile ağrı, GYA bağımsızlık ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki	24
4.5. Geriatrik Ağrı Ölçeği'nin alt boyutları ile kinezyofobi arasındaki ilişki	24
4.6. Katılımcıların ağrı şiddeti değişkenine göre kinezyofobi düzeyine ilişkin bulgular	25

1. GİRİŞ

Yaşlanma, genetik bir temele dayanan ve organizmada çevresel faktörlerin de etkisiyle yapısal ve işlevsel değişimlere yol açan olaylar bütünüdür. Fizyolojik bir süreç olan yaşlılık, kişilerin aktivite seviyesini ve fonksiyonelliğini azaltmakta veya sınırlandırmakta, ayrıca yaşlı bireyleri sosyal, fiziksel ve duygusal olarak değişik derecelerde bağımlı kılmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle beraber bireyde fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve sosyal alanlarda etkilenimler oluşabilmekte, ayrıca bireyin fonksiyonel kapasitesinde azalma görülmektedir (1, 2). Yaşlı birey hareket etmekten kaçınarak sedanter yaşama yönelmekte, bu durumda bireyin günün büyük birçoğunu evde geçirmeye başlamasına ve dolayısıyla bireylerde kas iskelet sistemi kayıplarına sebep olmaktadır. Bu kayıplar düşme ve yaralanma riskini arttırmaktadır. Dolayısıyla bu kısır döngü bireylerde fiziksel inaktivite ve kinezyofobi olarak tanımlanan hareket korkusuna sebep olmaktadır (3).

Kinezyofobi, Yunanca 'kinesis=hareket, phobus= korku' kelimelerinden meydana gelen 'hareket etme korkusu' olarak tanımlanan bir terimdir (4). Kinezyofobi terimi ilk olarak 'acı verici bir yaralanma veya yeniden yaralanmaya karşı savunmasızlık hissinden kaynaklanan aşırı, irrasyonel ve zayıflatıcı fiziksel hareket ve aktivite korkusu' olarak tanımlanmıştır (5). Kinezyofobinin kronik ağrısı olan bireylerde yaygınlığı %50-70 arasında değişmektedir ve doğrudan caydırıcı bir deneyim (örn. ağrı veya travma) veya sosyal öğrenme (gözlem ve yönlendirmeler) ile ilişkili olmak üzere iki şekilde gelişebilmektedir. Yaşlı bireylerde kinezyofobi için en önemli risk faktörü ağrıdır (6).

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, afektif, hoş olmayan bir duyudur. Yaşlılarda ağrının kronik dejeneratif değişikliklere ve çoklu komorbiditelere bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (7, 8). Ağrıyla ilişkili korkunun, ağrıya dair katastrofik düşünceler ve olumsuz yorumlamaların bir sonucu olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Ağrının fiziksel (artmış kas aktivitesi), davranışsal (kaçma ve kaçınma davranışı) ve bilişsel (katastrofik düşünceler) korku yanıtlarına neden olup bireyin günlük yaşamını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (4).

Günlük yaşam aktiviteleri genel olarak temel günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve yardımcı (enstrumental) günlük yaşam aktiviteleri (YGYA) olarak değerlendirilmektedir. GYA, bireyin her gün yapması gereken kendine bakım aktivitelerini, YGYA ise bireyin toplumda bağımsız bir şekilde yaşaması için gerekli aktiviteleri içermektedir (9, 10). Yaşlılık sürecinde fiziksel değişimlerle birlikte; hücre yenilenmesi, fiziksel ve zihinsel reaksiyon hızı ve vücut direnci azalmaktadır. Bunların yanı sıra algılama ve bilişsel süreçlerde değişiklikler görülmektedir. Tüm bunlar bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini etkileyerek kişiyi kısmi veya tam bağımlı hale getirebilmektedir. Yaşlılık sürecinin getirdiği değişiklikler özellikle kurum ortamında yaşayan yaşlı bireyler için daha zorlu geçmekte ve bu bireylerin beklentilerini ve yaşam doyumunu etkilemektedir (11).

Yaşam doyumunu, 'bireyin istediği ile sahip olduklarının karşılaştırılması sonucunda ifade edilen sonuç ya da durum' olarak ifade edilmektedir. Yaşam doyumunu, 'belirli bir duruma özel memnuniyeti değil, kişinin tüm yaşamındaki farklı yönlerden iyi olma halini' ifade eder (12). Yaşlı bireylerde yaşam doyumunu; kişilik özellikleri, fiziksel olanaklar ve baş etme stratejileri gibi birçok faktörün bir araya gelmesiyle ilişkilendirilmektedir (13). Ayrıca yaşam doyumunu, yaşam kalitesinin bir iyilik hali ölçümü olarak tanımlanabilmektedir (14).

Yapılan bir çalışmada kinezyofobinin yaşlı bireylerde mobilite ve denge için önemli bir etken olduğu belirtilmiştir. Kinezyofobinin kas güçsüzlüğü, fonksiyonel kapasitede azalma, engellilik, yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiş ve düşme korkusuna sebep olduğu belirtilmiştir. Düşme korkusu sebebiyle de yaşlı bireylerde fiziksel aktivitelerden kaçınma ve hareket etme korkusunun ortaya çıktığı ve bu durumun da bireylerin sedanter yaşam davranışını arttırdığı saptanmıştır (15).

Bel ağrılı hastalarda ağrı, kinezyofobi ve yaşam kalitesinin arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada bu hastalarda yüksek düzeyde kinezyofobinin olduğu ve bunun da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Ağrıya bağlı olarak da hastalarda hareket etme korkusunun olduğu bunun da ağrının kronikleşmesine yol açtığı belirtilmiştir. Bu çalışmada daha büyük örneklem grubu ile ileri çalışmaların yapılmasına ve ağrısı olmayan bireylerde de kinezyofobi düzeyinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (16).

Huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobi, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada huzurevinde yaşayan bireylerde ağrının da değerlendirildiği ve kinezyofobiyle ilişkisinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (17).

Miyofasiyal ağrı sendromu olan hastalarla yapılmış bir çalışmada bu hastaların günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir ve yaş, hastalık süresi gibi değerlerin de dahil edildiği daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (18).

Kinezyofobi ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada gelir düzeyi, yaş, medeni durum, cinsiyet gibi faktörlerin kinezyofobi ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi etkiledikleri belirtilmiş ve kinezyofobi ile ilgili daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (5).

Literatür incelendiğinde huzurevinde yaşayan bireylerin ev ortamından uzaklaşması, oryantasyon problemleri, düşme öyküsü veya korkusu gibi nedenlere bağlı olarak ev ortamında yaşayan bireylere göre daha fazla kinezyofobiye sahip oldukları görülmektedir. Kinezyofobisi olan bireylerde ise ağrının kinezyofobiyi tetiklediği ve ağrı-korku-ağrı döngüsüne yol açtığı belirtilmektedir. Ağrı ve kinezyofobi görülen bireylerde ise günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk görülmektedir, bu da kişilerin kısmi veya tam bağımlı hale gelmelerine sebep olmakta ve yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu olumsuz etkilemektedir.

H0₁: Huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobinin ağrı ile ilişkisi yoktur.

H0₂:Huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ile ilişkisi yoktur.

H0₃:Huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobinin yaşam doyumu ile ilişkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılık

Yaşlanma çevresel faktörlerin etkisiyle şekillenen, bireyde yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açan genetik bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşlılık, çevresel faktörlere uyum sağlama becerisinin giderek zayıflaması olarak tanımlamakta, 65 yaş üstü kişileri yaşlı olarak kabul etmektedir (4, 7).

Günümüzde yaşlılık sınıflaması aşağıdaki gibi yapılmaktadır:

- 65-74: Genç yaşlı
- 75-84: Yaşlı
- 85 ve üstü: İleri yaşlı (7, 19)

Yaşlanma ve yaşlılık kavramları, birbirinden ayrı kavramlardır ve tek tanımla yapılamamaktadır; yaşlanma; kronolojik, sosyal, ve fizyolojik yaşlanma olarak alt gruplara ayrılmaktadır (19).

Kronolojik yaşlanma, doğumla başlayan ve ölüme kadar geçen sürede yıllara bağlı değişimi gösteren yaşlanmadır (19).

Sosyal yaşlanma toplum ile girilen iletişim ve etkileşim süreciyle oluşan, kişilerin toplum içerisindeki rol, sorumluluk, yaş, cinsiyet ve sosyal konumlarına göre tanımlanmaktadır (20). Sosyal rol kişilerin yaşam boyunca gerçekleştirdikleri anne, amca, dede, memur gibi olaylar ve beklentilerdir (21).

Fizyolojik yaşlanma ise kişide meydana gelen fonksiyonel ve yapısal değişiklikleri içermektedir (22). Yaşa bağlı bazı değişiklikler, fizyolojik yaşlanmaya bağlı işlevde kademeli bir düşüş içermektedir. Yaşlanma ile beraber kardiyovasküler sistemde, solunum sisteminde, gastrointestinal sistemde, duyu organlarında, boşaltım sisteminde, nörolojik sistemde, bağışıklık ve endokrin sisteminde, kas-iskelet sisteminde değişiklikler görülmektedir (24).

2.1.1. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken son beş yılda %22,6 artarak 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişi oldu. Yaşlı nüfusun, toplam nüfustaki oranı ise 2017 yılında %8,5 iken, 2022 yılında %9,9 ‘a yükseldi. Yaşlı nüfusun 2022 yılında %44,4’ ünü erkek nüfus, %55,6’sını kadın nüfus oluşturmuştur (23). Dünya’da en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke %34,1 ile Monako, %28,8 ile Japonya ve %22,7 ile Almanya’dır. Türkiye yaşlı nüfusun oranı açısından 167 ülke arasından 66. Sırada yer almaktadır (24).

Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranınının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmüştür (23).

2.1.2. Yaşlılıkta Değişim

Yaşamın bütün evrelerinde olduğu gibi bu dönemde de bireyin bireyde birtakım değişiklikler meydana gelmektedir.

Bu değişiklikleri 3 grupta incelemek mümkündür:

Fiziksel fonksiyonlarda değişiklikler:

- Görme kaybı
- İşitme kaybı
- Denge problemleri
- Duruş bozuklukları
- Koku ve tat almadaki bozukluklar
- Refleks ve tepkilerin yavaşlaması
- Kas kuvvetinin azalması
- Cinsel işlev bozuklukları

Bilişsel işlevlerde değişiklikler:

- Dil ve konuşma becerilerinde bozulmalar
- Bellekte azalma, kusurlu veya eksik hatırlama
- Dikkat ve odaklanma sorunları

- Somut ve soyut kavramlarda algılama sorunları
- Hesaplama güçlüğü
- Ayrıntıcı olma
- Öğrenme zorlukları

Kişilik özelliklerinde değişiklikler:

- Geri çekilme
- Umutsuzluk
- Geçmişe dair pişmanlık ve özlem
- İç kapanıklık
- Duygusal ve psikolojik problemler (25).

2.1.3 Yaşlılık Psikolojisi

Yaşlılık sosyolojik ve psikolojik bir olgudur. Yaşlı bireylerde meydana gelen değişiklikler yetersizlik hissi uyandırarak onların psikolojisini etkilemektedir (26). Bu durum yaşlı bireylerin kendilerine özel davranış şekillerinin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu karakteristik davranış şekillerine yaşlılık psikolojisi denilmektedir. Yaşlılık psikolojisi, depresyon halinden yersiz ve aşırı iyimserlik haline ve sevince; gelecek için aşırı endişeli bir ruh halinden düşüncesizce yapılan davranış değişikliklerine sebep olan ani değişimler şeklinde karşımıza çıkmaktadır (27).

2.1.4 Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, enerji tüketiminin artmasıyla sonuçlanan, iskelet kaslarıyla üretilen istemli hareketler olarak tanımlanmaktadır (20). Yaşlılar için fiziksel aktivite kapsamındaki egzersizler; aerobik, kas kuvvetlendirme, esneklik ve denge egzersizleri olarak belirtilmektedir (28, 29).

DSÖ, yaşam standartlarındaki artma ile birlikte fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve sigara kullanımındaki artış ile birlikte hastalıkların arttığını belirtmektedir (20). Vücutta herhangi bir yaralanma olduğunda yaşlı bireylerde fiziksel aktivitelerden kaçınma ve hareket etme korkusuna oluşabilmektedir. Bu durum 'kinezyofobi' olarak adlandırılmaktadır (30).

2.2.Kinezyofobi

2.2.1. Kinezyofobi tanımı

Kelime anlamı Yunanca ‘hareket etme korkusu’ anlamına gelmektedir (5). Kinezyofobi terimi 1990 yılında Kori ve arkadaşları tarafından ‘Bir hastanın acı verici bir yaralanma veya yeniden yaralanmaya karşı savunmasızlık hissinden kaynaklanan aşırı, irrasyonel ve zayıflatıcı fiziksel hareket ve aktivite korkusu’ olarak tanımlanmaktadır (31). Bu tanımlamaya alternatif olarak Vlaeyen tarafından ‘hareket/yeniden yaralanma korkusu; anlamsız yere yaralanmaya neden olan hareket ve fiziksel aktiviteden kaynaklanan korku’ şeklinde başka bir tanımlama daha yapılmıştır (17).

2.2.2 Kinezyofobi Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Yaşlı bireylerde kinezyofobi için en önemli risk faktörü kas-iskelet sistemi ile ilişkili sorunlardan kaynaklanan kronik ağrıdır. Kinezyofobi ileri yaş grubunda mobilite ve dengenin önemli bir belirleyicisi olmakla beraber kas güçsüzlüğü, fonksiyonel kapasitede azalma, engellilik, yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilendirilmektedir. Düşme korkusu nedeniyle aktivitelerden kaçınma da yaşlı bireylerde sedanter davranışı arttıran önemli bir faktördür (15).

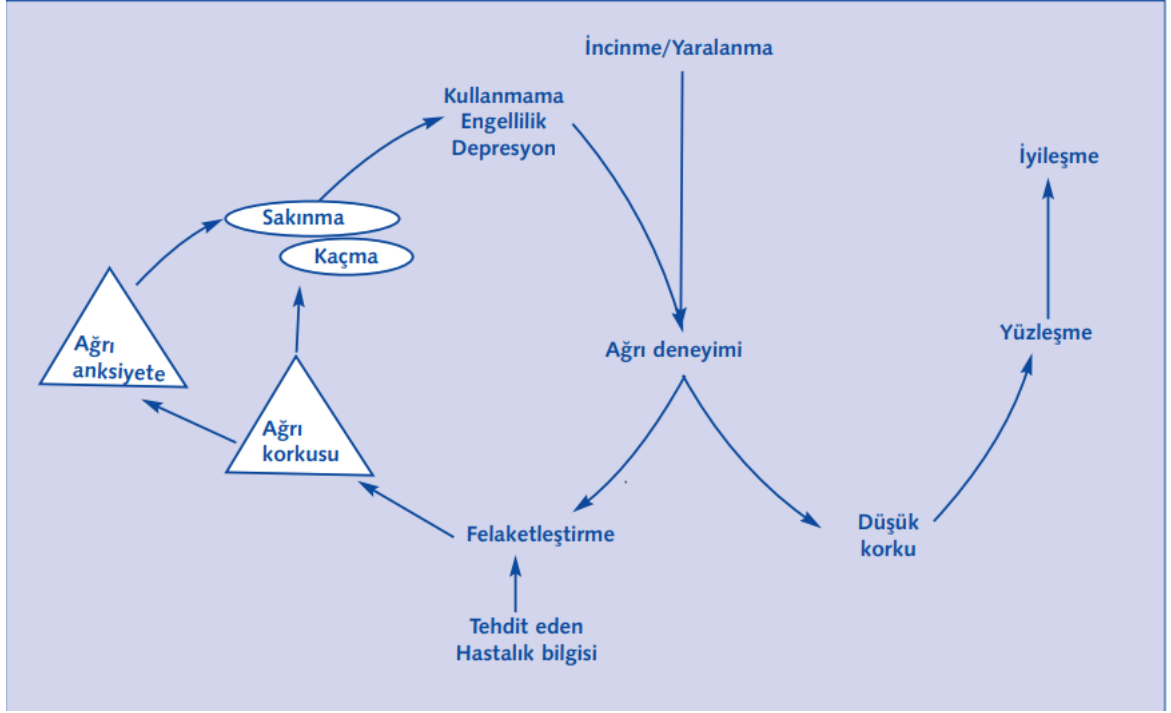
2.2.3. Kronik Ağrıda Kinezyofobi

Kronik ağrıda çok sık karşımıza çıkan kinezyofobi iki şekilde gelişmektedir:

1. Kişinin doğrudan yaşadığı ağrı veya travmayla sonuçlanan bir deneyim ile
2. Bireyin sosyal öğrenme ile katastrofik sonuçlara sebep olabilecek hareketlerden kaçınması ile (16).

Ağrının akutтан kronik aşamalara geçişinde kinezyofobi önemli bir faktördür (32). Kronik ağrı, fiziksel performansı azaltan en önemli faktörlerden bir tanesidir (33). Kronik kas-iskelet sistemi ağrısında korku-kaçınma modeline göre ağrı deneyiminin mevcut tehdit edici özellikleri duruma ve kişiye göre değişebildiği gibi kısa dönemde koruyucu olan kaçınma davranışı, uzun dönemde ise paradoksal olarak sorunu kötüleştirilmektedir (34).

Şekil 2.1’de kronik ağrıda korku-kaçınma modeli gösterilmiştir (35).



Şekil 2.1. Kronik ağrıda korku-kaçınma modeli

2.2.4. Yaşlılarda kinezyofobi

Yaşlılarda kinezyofobi için en önemli risk faktörü kas-iskelet sistemi ile ilişkili sorunlardan kaynaklanan kronik ağrıdır. İleri yaşlarda ise bireylerin ağrı ile baş etme stratejileri güçleşmektedir (15). Kinezyofobi basit bir ağrı korkusu olmamakla birlikte fiziksel aktivite sonrasında duyulan korku, fiziksel veya psikolojik rahatsızlık hissi olarak kabul edilmektedir. Birçok nedene bağlı olarak oluşabilen kinezyofobi yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivitelerinde zorluklara, sosyal yaşam katılımında güçlüklerle ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (17).

2.3. Ağrı

2.3.1. Ağrı tanımı ve türleri

Ağrı, vücuttaki herhangi bir bölgeden kaynaklanan, muhtemel ya da gerçek bir doku hasarı ile birlikte bulunan hoş olmayan bir duygudur (36). Ağrı fenomeninin ilk araştırmaları ilk çağlara kadar uzanmaktadır. Fakat nörofizyolojik değerlendirilmesi 19. Yüzyıla dayanmaktadır. 1960'larda geliştirilen kapı kontrol mekanizmasına göre,

ağrıyı inhibe eden ve ilerleten mekanizmalar kognitif ve emosyonel süreçlerle birlikte etkileşim göstermektedir (37).

Kişinin tanımlayabileceği en hafif ağrı düzeyine ‘ağrı eşiği’ denilmektedir. Ağrı eşiği kişiden kişiye değişebildiği gibi zaman içerisinde de değişiklik göstermektedir. Yorgunluk, ağrı hafızası, kültürel farklılıklar fiziki ortam, dini inanç, psikolojik durum, kişinin ağrıya karşı verdiği tepkileri, oluşturduğu reaksiyonu ve ağrı şiddetini etkilemektedir (5).

2.3.2 Yaşlanma ve ağrı

Yaşlılarda ağrının kronik dejeneratif değişiklikler ve çoklu komorbiditelere bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Tedavi edilemeyen kronik ağrı fonksiyonel kısıtlılıklara, depresyona, yaşam kalitesinde azalmaya, günlük yaşam aktivitelerinde başka bireylere bağımlılığa yol açmakta ve tedaviyi daha karmaşık hale getirmektedir (38, 39).

Ağrıyla ilişkili korku, ağrının zararlı duyuşsal uyarana eşdeğer olduğuna dair katastrofik düşünceler ve olumsuz yorumlamaların bir sonucu olarak kabul edilmektedir. Ağrı fiziksel (artmış kas aktivitesi), davranışsal (kaçma ve kaçınma) ve bilişsel (katastrofik düşünceler) korku yanıtlarına neden olabilmektedir (6).

Akut ağrı tüm yaş gruplarında benzer olarak görülürken kronik ağrı yaşla birlikte artmaktadır. 65-70 yaşları ise ağrının en şiddetli yaşandığı dönemdir. 70-75 yaşlarında ağrı düz bir seyir gösterirken daha ileriki yaş gruplarında ise görülme oranı azalmaktadır (33).

Kronik ağrı yaşlılarda en çok dile getirilen sorunlardan bir tanesidir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği, yaşlı bireyler için kronik ağrının toplumda yaşayanların %50’sinden fazlasını, huzurevinde yaşayanların ise %80’inden fazlasını etkilediğini belirtmiştir (33).

2.3.3. Ağrının patofizyolojisi

Ağrının sensoriyal, duyuşsal ve bilişsel olmak üzere 3 boyutu tanımlanmaktadır. Bunlar ağrının şiddeti, kalitesi ve emosyonel bileşenlerini yansıtmaktadır. Bu boyutların kontrolü farklı nörofizyolojik mekanizmalar tarafından yapılmaktadır. Ağrı deneyimi

süreci, ağrı sinyallerinin iletiminde rol oynayan fiziksel etkenlerden, bu sinyallerin yorumlanmasında rol oynayan psikolojik ve emosyonel etkenlerden ve ağrının düzenlenmesini fasilite eden veya inhibe eden çevresel faktörlerden etkilenmektedir (33, 40).

Ağrı ile ilgili bazı tanımlamalar şu şekildedir:

- Hiperaleji: normal olarak ağrı oluşturan bir uyarana karşı gelişen artmış yanıt,
- Hipoaleji: normal olarak ağrı oluşturan bir uyarana karşı gelişen azalmış yanıt,
- Nöropatik ağrı: sinir sisteminin herhangi bir primer lezyon veya disfonksiyonundan kaynaklanan ağrı,
- Ağrı eşiği: tanımlanabilen en düşük ağrı düzeyi,
- Ağrı davranışı: duyulabilir veya gözlemlenebilir aksiyonlar paterni,
- Nosiseptör: sinir sistemi hariç tüm doku ve organlarda bulunan duyu reseptörü,
- Nosiseptik nöron: uyarıları kodlayan periferik veya merkezi nöron,
- Nosisepsiyon: uyarıları kodlama ve iletme süreci (33).

2.3.4. Ağrının fizyopatolojik etkileri:

1. Akciğerlerde vital kapasite azalır.
2. Kalbin iş yükü artar ve oksijen tüketiminin artmasına sebep olur.
3. Ağrı strese ve sempatik aktivite sonucu endokrin sistemde dengesizliklere yol açar.
4. Ağrı nedeniyle oluşan hareketsizlik sonucu venöz dolaşımda aksaklıklar olur.
5. Ağrı nedeniyle anksiyete oluşur, bu da kas tonusunun artmasına sebep olur.
6. Ağrı üretra ve mesane hareketlerinde azalmaya neden olur bu da idrar yapmayı zorlaştırır.
7. Ağrı sonrası vücutta oluşan endokrin yanıt sebebiyle tuz ve sus tutulumu olur ve kan basıncı artar.
8. İmmün sistem zayıflar ve enfeksiyona eğilim artar (40).

2.3.5. Ağrının prevalansı

Toplum temelli çalışmalar incelendiğinde ağrı prevalansının Türkiye’de %50-67 arasında, Japonya’da %47, Amerika Birleşik Devletler’nde %40-64,7 arasında olduğu belirlenmiştir (41).

2019 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde bir kronik ağrı modülü kullanılarak Ulusal Sağlık Görüşme Anketi yapılmıştır ve 50,2 milyon yetişkinin günlerin çoğunda veya her gün ağrı yaşadıkları belirtilmiştir. En yaygın ağrı yerleri sırt ve kalça ağrısı, diz veya ayak ağrısı olarak belirlenmiştir. Kronik ağrı yaşayan bireylerin sosyal aktivitelerinde ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklar gözlemlenmiştir (42).

Yaşlı bireylerin %92’sinde hafif ve orta düzeyde, %8’inde ise şiddetli ağrı belirlenmiştir. Ülkemizde ise yaşlı bireylerin ilk tanımladıkları ağrı yerlerinin eklem ve romatizmal ağrılar, baş ağrıları ve bel ağrıları olduğu belirlenmiştir (41).

2.3.6. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrılar süresine, bölgeye, etyolojik faktörlere ve ağrının nörofizyolojik mekanizmasına göre sınıflandırılmaktadır (40).

Ağrıyı süresine göre akut ve kronik ağrı şeklinde sınıflandırmak mümkündür. Akut ağrı, önemli bir uyarı fonksiyonu olan, vücutta bir zedelenmeye bağlı oluşan, hoş olmayan duyuşal deneyim olarak tanımlanmaktadır. Birey bu durumdan açıkça rahatsızdır ve ağrının şiddetine bağlı olarak kıvrınma, soluk beniz, terleme, bulantı gibi semptomlar gösterebilmektedir (37).

Kronik ağrı, iyileşme sonrası geçmesi beklenen fakat ağrının uzayarak sinir sisteminin işleyişinde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler oluşturarak fiziksel, sosyokültürel ve fiziksel faktörlerden etkilenen oldukça kompleks bir durumdur (6). Ağrıya yol açan noşiseptif uyarıcı ya ortadan kalkmıştır ya da ağrının sürmesini açıklayamaz durumdadır. Kronik ağrısı olan hasta ağrıya nörofizyolojik ve psikolojik olarak uyum gösterir ve artık akut ağrı içerisindeymiş gibi davranmaz (37). Doku hasarı kaybolduktan sonra 3 veya 6 ay sürdüğünü belirten kaynaklar vardır fakat genellikle 6 hafta- 3 aydan daha fazla süren ağrılar kronik ağrı olarak düşünölmektedir (6).

Nörofizyolojik mekanizmasına göre ise nosiseptif ve nöropatik olarak iki ayrılmaktadır. Nosiseptif ağrı somatik ve visseral olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Somatik ağrı sabit ve lokalize edilmesi kolay olan, acı verici bir ağrıdır. Kemik metastaz ağrıları buna örnektir. Visseral ağrı ise derinden gelen ve lokalizasyonu kolay olmayan sıkıştırıcı ağrılardır. Yansıyan ağrılar buna örnek verilebilmektedir (43).

2.4 Günlük Yaşam Aktiviteleri

2.4.1. Temel ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri temel (GYA) ve yardımcı (enstrümental) günlük yaşam aktiviteleri (YGYA) değerlendirilmektedir. GYA bireyin her gün yapmasını gerektiren kendine bakım aktivitelerini, YGYA ise bireyin toplumda bağımsız bir şekilde yaşaması için gerekli aktiviteleri içermektedir (10, 44).

Temel günlük yaşam aktiviteleri:

- Banyo yapma/ duş alma
- Tuvalet ve tuvalet hijyeni
- Giyinme
- Yeme ve yutma
- Beslenme
- Fonksiyonel mobilite
- Kişisel hijyen ve bakım
- Cinsel aktivite

Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri:

- Başkalarına bakım verme
- Evcil hayvan veya diğer hayvanların bakımı
- Çocuk yetiştirme
- İletişim yönetimi
- Araba sürme ve toplumsal mobilite
- Finansal yönetim
- Ev yönetimi
- Yemek hazırlama ve temizlik

- Dini ve manevi aktiviteler
- Güvenlik ve acil durum bakımı
- Alışveriş yapma (45).

2.4.2. Yaşlanma ve günlük yaşam aktiviteleri

Bireylerde biyolojik, fizyolojik ve ruhsal gerilemelerle birlikte yaşlılıkta yapısal ve fonksiyonel değişiklikler yaşanmaktadır. Bu dönemde bireyin yardıma ve bakıma olan gereksinimleri arttığı için günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde güçlük ya da yetersizlikler ortaya çıkmaktadır (46).

Sağlıklı bir birey temel gereksinimlerini karşılamak ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmek için yeterli öz bakım gücüne sahip olmalıdır. Yaşlanma ile birlikte biyolojik, ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutlar değişmekte ayrıca görme, işitme, hareket etme gibi reaksiyonlar yavaşlamaktadır. Tüm bunlar da yaşam kalitesinin azalmasına ve günlük yaşam aktivitelerini karşılamada yetersizliğe sebep olmaktadır (12).

Yaşlanmakta olan bireylerin en önemli istekleri, yürüyüş, merdiven çıkma, bulunduğu yerden ayağa kalkma gibi günlük yaşam aktivitelerini yardıma gereksinim duymadan bağımsız bir şekilde yapabilmektir. Ancak yaşlanma ile birlikte kardiyovasküler, nöromusküler ve kas-iskelet yapıları da görülme değişimleri bu işlevleri zorlaştırmakta ve yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini azaltmakta ya da engellemektedir. Bu yüzden günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yapamaz hale gelmektedirler (47-49).

Her yıl daha önceki yıllara göre günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getiren yaşlı bireylerin %10'u kısıtlanma yaşamaktadır ve bununla birlikte yardıma gereksinim duymaktadır. Bunun yanı sıra bu yaşlı bireylerin %30'undan fazlası 4 yıllık bir zaman aralığı içerisinde hareket yeteneğini ciddi şekilde kaybetmektedir (47).

2.4.3. Yaşlılıkta Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Limitasyonların Nedenleri

Yaşlılık sürecinde fiziksel değişimlerle birlikte; algılama, hücre yenilenmesinin azalması, fiziksel ve zihinsel reaksiyon hızının azalması ve vücut kuvvetinin azalması gibi bazı ortak özellikler, bunların yanı sıra ise bilişsel süreçlerde değişiklikler

görülmektedir. Tüm bunlar bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini etkileyerek kişiyi tam bağımlı veya yarı bağımlı hale getirebilmektedir (11).

Yaşlanma ile birlikte bireylerde biyolojik, fizyolojik ve ruhsal gerilemeler görülmektedir, bunların yanı sıra yapısal ve fonksiyonel değişiklikler, korunma, gözetim ve bakım gereksiniminin artması ile birlikte günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde güçlük ya da yetersizlikler ortaya çıkmaktadır (46). Fiziksel fonksiyondaki azalma veya bozulma birçok koşuldaki kaynaklanmaktadır. Yaşlanma, hastaların fonksiyonel durumunda bir düşüş gösterebilen doğal bir süreçtir ve daha sonraki GYA kaybının ortak bir nedenidir. Kas-iskelet sistemi, nörolojik, dolaşım veya duyuşal koşullar, GYA'da bozulmaya yol açan fiziksel fonksiyonun azalmasına yol açmaktadır. Bunların yanı sıra bilişsel ve zihinsel gerilemeler, demansta şiddetli bilişsel dalgalanmalar, yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerine katılımı olumsuz etkilemektedir. Sosyal izolasyon, ilaçların yan etkileri, hastaneye yatış, akut hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar de GYA katılımını etkileyen diğer faktörlerdir. Ayrıca bu etkilenim yaşla birlikte artarken kadınlarda erkeklerden daha çok görülmektedir (45).

2.5. Yaşam Doyumu

2.5.1 Yaşam Doyumu tanımı

Doyum; insanın isteklerinin, beklentilerinin ve ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. 'Yaşam doyumu' ise bir insanın hayattan istedikleriyle, elinde olanların (neye sahip olduğu) var olanların karşılaştırılmasıyla elde edilen doyum veya sonuçtur. Yani kişinin beklentilerinin, var olan gerçek durumla karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkan durum olarak ifade edilmektedir. Yaşam doyumu denildiğinde, belirli bir duruma ilişkin doyum değil, kişinin tüm yaşantısındaki doyum anlaşılmaktadır (6).

Yaşam doyumu ilk kez 1961 yılında Neugarten ve arkadaşları tarafından ele alınmıştır. Neugarten ve arkadaşları yaşam doyumunu, bireyin beklentileri ile elinde olanların karşılaştırılmasının sonucu olarak ele alırken Diener ve arkadaşları ise yaşam doyumunu bireyin yaşamına ilişkin bilişsel değerlendirmesi olarak tanımlamıştır (7).

Yapılan araştırmalar yaşlılığın kaçınılmaz olduğunu fakat yaşam doyumunun artırılabilirdiği bir yaşlılığın mümkün olduğunu belirtmektedir. Ülkemizde geleneksel

olarak yaşlı bireylerin ailesi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaya eğilimi yüksek olsa da son yıllarda aile yapısının çekirdek aile tipine dönüşmesine yönelik bir değişim görülmektedir. Bu değişimle birlikte huzurevinde yaşayan yaşlıların sayısında artış olduğu görülmektedir. Ruh sağlığı açısından risk grubunda olan yaşlılar huzurevinde daha yoğun sorunlarla karşı karşıya kalmakta ve yaşam doyumları olumsuz etkilenmektedir (43).

2.5.2. Yaşam doyumu ve risk faktörleri

Yaşam doyumu sosyodemografik özellikler, maddi olanaklar, yaşam deneyimleri, dini ve kültürel inançlar, iş yaşamı, sosyal destek olanakları, çevresel şartlar gibi çeşitli durumlardan etkilenmektedir. Bunların yanı sıra kişinin kendine yönelik algıları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır (7).

2.5.3. Başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu

Yaşlılıkta yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun artırılması büyük oranda fiziksel ve ruhsal sağlık problemlerinin azaltılması ve sosyal sağlık alanlarında bireyin iş ve sosyal yaşamına aktif katılımı ile sürdürülmektedir (48).

Ülkemizde geleneksel aile yapısı gereği yaşlı bireyler ailesi ile yaşamaktadır. Kuruma giden yaşlı bireyin kendini kabul etme ve kendine saygı duyması gereken çevreyi tanıma ve denetleme fırsatları kaybolmaktadır. Bu durum yaşlı bireyde kendini soyutlanmış, yadsınmışlık ve kendini değersiz hissetme gibi duygulara sebep olabilmektedir (51).

Ruh sağlığı açısından bir risk grubu oluşturan yaşlı bireyler huzurevlerinde daha yoğun sorunlarla karşılaşmaktadır. Kurumda yaşamaya başladıktan sonra izole olup toplumdan geri çekilmeye başlamaktadırlar (48).

Başarılı yaşlanma fiziksel ve zihinsel işlevselliğin sürdürülmesi, hastalıklardan korunma ve hastalıkların olmaması, psikososyal iyilik hali, yaşama aktif katılım, yüksek yaşam doyumu, finansal güvenlik ve hayata pozitif bakma gibi anlamlarda kullanılmaktadır (49). Başarılı yaşlanma için önemli olan faktörler arasında yaşam doyumu da önemli bir bileşendir. Başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu birbirini bütünleyen kavramlardır ve birinin yetersizliği diğerini olumsuz etkilemektedir (50).

2.5.4. Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu

Yaşam kalitesi ‘Bireyin kendi yaşamını, kültürel değerleri kapsamında, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgi alanları dahilinde algıladığı durum’ olarak tanımlanmaktadır (51).

Yaşlı bireylerde yıllar geçtikçe görülmeye başlayan fiziksel ve bilişsel yetersizlikler, yetersizliğe neden olan kronik hastalıklar ve beraberinde yaşam beklentisinin azalması, sosyalleşme zorlukları, sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin zorluklar yaşlı bireylerin yaşam kalitesini oldukça etkilemektedir (52, 53).

Yaşlı bireylerde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, serbest zaman aktiviteleri, fiziksel yetersizlikler, sosyal güvence, fiziksel aktivite düzeyi, ekonomik durum ve yalnız yaşama gibi birçok faktör yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bunların dışında ev ve aile ile ilgili konular, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve kullanılabilirlik, ağrı durumu, bilişsel bozukluklar, sigara ve alkol kullanımı da yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkilemektedir (54).

Yaşam doyumu (memnuniyeti) ise ‘Bireyin istediği ile sahip olduklarının karşılaştırılması sonucunda oluşan sonuç ya da durum’ olarak tanımlanmaktadır (12, 55).

Yaşlı bireylerde yaşam doyumu kişilik özellikleri, fiziksel olanaklar, ve baş etme stratejileri gibi birçok faktörün bir araya gelmesiyle ilişkilendirilmektedir. Yaşam kalitesi ve yaşam doyumu birbirlerine oldukça yakın iki kavramdır ve kullanımları karışabilmektedir. Yaşam doyumu ‘yaşam kalitesinin bir iyilik hali ölçümü’ olarak tanımlanmaktadır (14, 56).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobinin ağrı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve yaşam doyumu ile ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

Çalışma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 07.06.2022 tarihinde yapılan toplantıda GO22/146 karar numarası ile etik açıdan uygun bulundu. Değerlendirmeler yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirildi. Dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler randomize olarak çalışmaya dahil edildi. Bireylere çalışmaya katılmaya yönelik gönüllü olduklarını beyan eden Aydınlatılmış Onam Formu imzalatıldı.

3.1 Bireyler

Çalışmaya dahil edilecek kişi sayısını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen güç analizinde %95 güven ve %5 hata payı ($\alpha=0,05$) baz alınarak örneklem büyüklüğü 125 kişi olarak belirlendi. Çalışmaya Ankara iline bağlı Özel Nazar Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi ile Özel Dikmen Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde yaşayan 154 bireyle görüşme yapıldı ve dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerini karşılamayan kişiler çalışma dışı tutularak 125 birey ile çalışma tamamlandı.

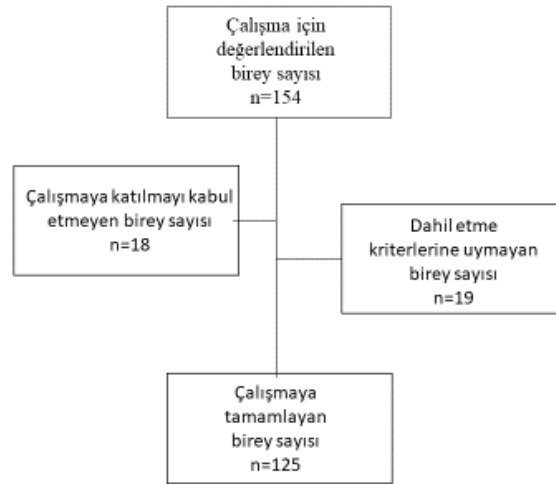
Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. 65 yaş ve üzerinde olmak
2. 6 aydan uzun süreli olmak üzere huzurevinde yaşıyor olmak
3. Herhangi bir yürüme yardımcısı kullanmamak
4. Mini Mental Durum test skoru 24 ve üzerinde olmak

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olmak
2. Fiziksel veya nörolojik bir hastalığa sahip olmak

Çalışma akış şeması şekil 3.1'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Çalışma akış şeması

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, maddi durum, hastalık ve ilaç geçmişi bilgilerinden oluşan araştırmacı tarafından hazırlanan formdur.

3.2.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

ilk olarak 1975 yılında Folstein ve ark. tarafından geliştirilen bu testin standardize versiyonu 1977 yılında Standish tarafından oluşturulmuştur. SMMT, tek başına tanı koyamada yetersiz olsa da pratik olması nedeniyle bilişsel bozukluk taramalarında sıkça kullanılmaktadır. Test “Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama, lisan” alt başlıklarından oluşmaktadır. Toplam 11 maddeden oluşmaktadır ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirilme yapılmaktadır. 24-19 puan arası orta düzey, 19’un altı ise ağır bilişsel bozukluk olarak belirtilmektedir (57, 58). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2002 yılında Gürgen ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik incelemesinde $r=0,99$, kappası değeri ise $0,92$ olarak belirlenmiştir (59).

3.2.4. Tampa Kinezyofobi Ölçeği

Katılımcıların kinezyofobi düzeylerini belirlemek amacıyla Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) kullanıldı. TKÖ, ilk defa 1991'de Miller ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ancak yayınlanmamıştır. TKÖ, daha sonra Vlaeyen ve arkadaşları tarafından, araştırmacıların izniyle, 1995'te yeniden yayınlanmıştır. Ölçek, iş ile ilişkili aktivitelerde, yaralanma/ tekrar yaralanma ve korku-kaçınma parametrelerini içermektedir. 17 adet soru barındıran bir listeden oluşmaktadır. Ölçekte 4 puanlık Likert puanlaması (1= Kesinlikle katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3=Katılıyorum, 4= Tamamen katılıyorum) yer almaktadır. 4, 8, 12 ve 16. maddenin ters çevrilmesinden sonra birey 17-68 aralığında bir skor elde etmektedir. Ölçekte bireyin elde ettiği puanın yüksek olması, yüksek kinezyofobi düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. TKÖ'nün test ve tekrar ölçüm sonuçları arasında fark çıkmamıştır ($p>0,05$). Testin test-tekrar güvenilirliği 0.806 (CI= 0.720-0.867) bulunmuştur (60).

3.2.4. Geriatrik Ağrı Ölçeği

Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ), Ferrel ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiş, 24 maddelik çok boyutlu bir ölçektir. GAÖ ayaktan tedavi edilen geriatric bireyler için oluşturulmuş, uygulanması kolay olan bir ölçektir. Ölçek; ağrı nedeniyle çekilme, ağrı şiddeti, hareketle ağrı, yorucu aktivitelerle ağrı ve diğer aktivitelerle ağrı olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte iki madde iki alt boyutta aynı anda yer almaktadır. Ayrıca ölçekte ağrı hakkında 2 açık uçlu soru bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 22 madde ikili (evet-hayır) şekilde, diğer 2 madde ise 0-10 skalasına göre puanlandırılmaktadır. Toplam puan 'Evet' cevapları toplanarak bulunmaktadır ve 0-42 arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinde her bir madde 2.38 ile çarpılarak 0-100'lük sisteme dönüştürülmektedir. Ölçeğin final puan hesabı 0-100 skalasına çevrilerek hesaplanmaktadır. GAÖ'nün değerlendirilmesinde, 0-100 arasında değişmekte; 0-30 puan arası hafif ağrı, 31-69 puan arası orta ağrı, 70 puan ve üzeri şiddetli ağrı olarak belirtilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Dursun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.85, ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0.67-0.93 arasında bulunmuştur (61).

3.2.5. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, kronik hastalıklarda ve yaşlılarda tedavi ve prognozun değerlendirilmesinde kullanılmak amacıyla 1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçekte her fonksiyon için yardımcı veya yardımsız olmak üzere iki seçenek vardır. Yardımla gerçekleştirilen fonksiyonlar 0 puan alırken, bağımsız olarak gerçekleştirilen fonksiyonlar 1 tam puandır. 6 puan tam işleve, 4 puan orta düzey işleve ve 2 puan daha ciddi bozulmaya işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur (8).

3.2.6. Yaşam Doyumu Ölçeği

Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) Diener ve arkadaşları tarafından (1985) oluşturulmuştur. Ölçeğin özgün formu bir faktör, 5 madde ve 7'li derecelendirmeden oluşmakta ve kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin özgün formunda 7 basamaklı olan cevap seçenekleri, Türkçe'ye uyarlanırken Türk kültürüne uygun olmadığı gerekçesiyle beşe indirilmiştir. Basamak sayısı beşe indirildikten sonra ise ilgili ölçek tekrar Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin puanlanması; "Hiç katılmıyorum (1), Çok az katılıyorum (2), Orta düzeyde katılıyorum (3), Büyük oranda katılıyorum (4) ve Tamamen katılıyorum (5)" şeklindedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması kişinin yaşam doyumu düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağlı ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,88 ve test-tekrar test güvenilirliği ise 0,97 olarak saptanmıştır (62).

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmamızda elde edilen verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS 26.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), sayısal değişkenler için ise Minimum (min), Maksimum (maks), Ortalama (ort) ve Standart Sapma (SS) değerleri kullanılarak tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıklarını saptamak amacıyla Kolmogrov-Smirnov değerleri, Skewness-Kurtosis değerleri incelendi. Analiz sonucunda verilerin normal dağılıma uyduğu belirlendi. Üç veya daha fazla grupların

analizi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı. Ölçek sayısal puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla korelasyon analizi yapıldı. Korelasyon analizinde 0,00-0,25 çok zayıf, 0,26-0,49 zayıf, 0,50-0,69 orta, 0,70-0,80 yüksek, 0,81-1,00 çok yüksek düzeyde korelasyon olarak yorumlandı. Anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4.BULGULAR

Huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobinin ağrı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve yaşam doyumu ile ilişkisini incelediğimiz çalışmamıza yaş ortalaması $75,62 \pm 8,49$ (min:65 / max: 94) olan 125 birey katılmıştır. Katılımcılara ait cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, gelir durumu, kronik hastalık ve ilaç kullanımı gibi sosyodemografik bulgular Tablo 4.1’de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Bulgular

	Tanımlayıcı Özellik	n	%
Cinsiyet	Erkek	84	67,2
	Kadın	41	32,8
Eğitim Durumu	Herhangi Bir Okuldan Mezun Değil	4	3,2
	İlkokul	15	12
	Ortaokul	32	25,6
	Lise	27	21,6
	Üniversite	37	29,6
	Lisansüstü	10	8
Çocuk	Var	71	56,8
	Yok	54	43,2
Gelir durumu	Var	93	74,4
	Yok	32	25,6
Kronik hastalık	Var	90	72,0
	Yok	35	28,0
İlaç	Var	86	68,8
	Yok	39	31,2

Çalışmamıza katılan bireylerin kinezyofobi, ağrı, GYA bağımsızlık ve yaşam doyumu düzeyleri orta düzey olarak belirlenmiştir. Bu verilere ilişkin değerler Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların kinezyofobi, ağrı, GYA bağımsızlık ve yaşam doyumu değerleri (n=125)

	Min.	Max.	Ortalama	SS
Kinezyofobi	20	63,00	35,10	10,09
Ağrı	0	92,82	35,31	22,91
GYA Bağımsızlık	1	6,00	4,73	1,40
Yaşam Doymu	7	25,00	17,58	5,13

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

Katılımcılarımızın yaş ile kinezyofobi, ağrı, GYA bağımsızlık ve yaşam doyumu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu değerlere ilişkin bulgular tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Yaş ile kinezyofobi, ağrı, GYA Bağımsızlık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki (n=125)

	Kinezyofobi	Ağrı	GYA	Yaşam doyumu	
Yaş	r	-0,006	0,040	-0,102	0,004
	p	0,943	0,658	0,257	0,966

* $p<0,05$, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

Çalışmamızın sonuçlarına göre kinezyofobi ile ağrı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki, kinezyofobi ile GYA bağımsızlık ve yaşam doyumu arasında negatif yönlü yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Verilere ilişkin korelasyon tablosu Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Kinezyofobi ile ağrı, GYA bağımsızlık düzeyi ve yaşam doyumu arasındaki ilişki (n=125)

		Ağrı	GYA Bağımsızlık	Yaşam Doyumu
Kinezyofobi	r	0,827**	-0,793**	-0,782**
	p	0,001	0,001	0,001
Ağrı	r	1	-0,853**	-0,798**
	p		0,001	0,001
GYA Bağımsızlık	r			0,785**
	p			0,001

*p<0,05 , **p<0,01, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

Katılımcıların Geriatrik Ağrı Ölçeği'nin alt boyutlarıyla kinezyofobi düzeyleri arasındaki ilişki incelemesi sonucunda 'Ağrı nedeniyle çekilme' ve 'Diğer aktivitelerle ağrı' boyutları ile kinezyofobi arasında yüksek düzeyde bir ilişki; 'Ağrı şiddeti', 'Hareketler ağrı' ve 'Yorucu aktivitelerle ağrı' boyutları ile kinezyofobi arasında ise orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Bu verilere ilişkin tablolar Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Geriatrik Ağrı Ölçeğinin alt boyutları ile kinezyofobi arasındaki ilişki

GAÖ'nün Alt Boyutları	Kinezyofobi	
	r	p
Ağrı Nedeniyle Çekilme	0,799	0,001**
Ağrı Şiddeti	0,689	0,001**
Hareketle Ağrı	0,638	0,001**
Yorucu Aktivitelerle Ağrı	0,525	0,001**
Diğer Aktivitelerle Ağrı	0,770	0,001**

*p<0,05 , **p<0,01, GAÖ: Geriatrik Ağrı Ölçeği

Katılımcıların ağrı düzeyleri hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmış ve en düşük kinezyofobi düzeyinin hafif ağrıda, en yüksek kinezyofobi düzeyinin ise şiddetli ağrıda görüldüğü belirtilmiştir. Ağrı şiddetine değişkenine göre kinezyofobi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu verilere ilişkin değerler tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların ağrı şiddetine değişkenine göre kinezyofobi düzeylerine ilişkin bulgular

Ağrı düzeyi	Min.	Maks.	Ortalama	SS	F	p
Hafif (n=53)	20	41	26,54	5,54		
Orta (n=66)	25	55	40,45	7,17	87,78	0,001**
Şiddetli (n=6)	44	63	51,83	6,79		

5. TARTIŞMA

Huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobi ile ağrı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelediğimiz bu çalışmamızda kinezyofobi ile ağrı arasında pozitif yönlü; günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi ve yaşam doyumu arasında ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Literatürde huzurevinde yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğunluğun kadın katılımcılardan oluştuğu görülmüştür (63-65). Bizim çalışmamızda örneklem grubunun çoğunluğunu ise erkek bireyler oluşturmuştur. Yapılan ön görüşmelerde çalışmanın yapıldığı huzurevlerinde yaşayan erkek bireylerin sayısının kadın bireylerden fazla olduğu belirlenmiştir.

Literatürde huzurevinde kalan bireylerle yapılan çalışmalarda katılımcıların çoğunluğunun okur-yazar olmadığı veya ilkokul mezunu olduğu görülmektedir (66-68). Bizim çalışmamıza katılım gösteren bireylerin çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun da tercih edilen huzurevlerinin sosyokültürel düzeyin yüksek olduğu ilçelerde yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

65 yaş üstü bireylerin kronik hastalık ve buna bağlı ilaç kullanımının incelendiği çalışmalar incelendiğinde bizim çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların büyük çoğunluğunun kronik bir hastalığa sahip olduğu ve buna bağlı olarak ilaç kullanımı olduğu saptanmıştır (69-71). Çalışmamıza katılan bireylerin bazılarında birden fazla kronik hastalık ve buna bağlı çoklu ilaç kullanımı olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu konuda yapılacak ileri çalışmalarda kronik hastalık ve ilaç kullanımının detaylı değerlendirilmesi önerilmektedir.

Larsson ve ark. kronik ağrısı olan yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada huzurevinde yaşayan bireylerde kendi evinde yaşayan bireylere göre kinezyofobi düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (72). Alpalhão ve ark. yaptıkları bir çalışmada kinezyofobi, korku-kaçınma davranışı ve yaşlanmanın ilişkisini inceledikleri çalışmada kinezyofobinin doğrudan yaşlanma ile ilişkili olmadığını; kırılabilirlik, eşlik eden hastalıklar ve akut durumların kinezyofobiyi etkileyerek kaçınma davranışına yol açtığını ve kurum ortamında kalan yaşlı bireylerin kinezyofobi düzeylerinin daha

yüksek olduğunu gözlemlemiştir (73). Genç ve ark. huzurevinde yaşayan yaşlılarda kinezyofobi ve ilişkili faktörleri incelemiş ve kinezyofobi düzeylerini yüksek olarak belirlemiştir (74). Güneş yaptığı bir çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlılarda fiziksel aktivitenin hareket korkusu üzerine etkisini incelemiş ve kontrol grubunda kinezyofobi düzeyinin yüksek olduğunu belirlemiştir (75). Sertel ve ark. kronik ağrılı yaşlı bireylerle huzurevinde yaptığı çalışmada kinezyofobi düzeylerini yüksek olarak belirlemiştir (76). Bizim çalışmamızda katılımcıların kinezyofobi düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Bu durumun yaşlı bireylerin ev ortamından uzaklaşarak kurum ortamında kalmalarından ve farklı bir çevreye alışma sürecinde bu bireylerin düşme korkusunun oluşmasından ve oryantasyon problemleri yaşamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu konuyla ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Daşkın yaptığı bir çalışmada polikliniğe gelen hastalarla yaptığı çalışmasında bu hastaların ağrı düzeylerinin hafif düzeyde olduğunu belirlemiştir (77). Kazoğlu yaptığı bir çalışmada huzurevinde kalan ve evde kalan bireylerin ağrı düzeylerini karşılaştırmış; evde yaşayan bireylerin ağrı düzeylerinin huzurevinde yaşayan bireylerin ağrı düzeylerinden daha düşük olduğunu belirlemiştir (78). Literatürdeki huzurevinde ve kendi evinde yaşayan bireylerin ağrı düzeylerinin incelendiği bu çalışmalara bakıldığında huzurevinde yaşayan bireylerde ağrı düzeyinin daha yüksek olduğu ve ev ortamından uzaklaşarak kurum ortamına adapte olmaya çalışan yaşlı bireylerde psikosomatik ağrıların görülebileceği belirtilmektedir.

Sezer ve ark. yaşlı bireylerde kronik ağrıyı inceledikleri bir çalışmada Geriatrik Ağrı Ölçeği'ni kullanmışlar ve bizim çalışmamızda olduğu gibi orta düzeyde ağrı yaşayan bireylerin katılımcıların büyük çoğunluğunu oluşturduğunu gözlemlemişlerdir (79). Saka, toplumda yaşayan yaşlı bireylerin ağrı düzeyleriyle ilgili yaptığı çalışmasında ve Motto ve ark. yaptığı bir çalışmada yaşlı bireylerin çoğunluğunda orta düzey ağrı görüldüğünü belirtmişlerdir (80, 81).

Aylaz ve ark. huzurevinde yaşayan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmiş ve huzurevinin fiziki koşulları, Türk gelenek ve görenekleri gibi çeşitli faktörlerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırdığını belirtmiştir (82). Demir yaptığı bir çalışmada kendi evinde yaşayan yaşlılar ile huzurevinde yaşayan yaşlıların

günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeylerini incelemiş ve ev ortamında yaşayan bireylerin huzurevinde yaşayan bireylerden daha bağımsız olduğunu belirtmiştir (83). Şahin ve ark. huzurevinde yaşayan bireylerle bir çalışma yapmış ve burada yaşayan yaşlıların yaklaşık %20'sinin günlük yaşam aktivitelerinde bir bakım verene bağımlı olduğunu belirtmiştir (84). Literatürde huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyinin araştırıldığı bu çalışmalar incelendiğinde huzurevinde yaşayan bireylerin kendi evinde yaşayan bireylere göre bağımsızlık düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Taci ve ark. hastaneye gelen yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada bireylerin bağımsızlık düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemiştir (85). Bizim çalışmamıza katılan bireylerin bağımsızlık düzeyinin orta düzey olduğu belirlenmiştir. Taci ve ark.nın çalışmasında çalışmaya katılan bireylerin bağımsızlık düzeylerinin bizim katılımcılarımızın bağımsızlık düzeyinden daha yüksek çıkmasının sebebinin çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun kendi evlerinde yaşamasının olduğu düşünülmektedir.

Altay ve ark. huzurevindeki yaşlı bireylerin özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında çalışmaya katılan bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin bizim çalışmamıza katılan bireylerin yaşam doyumu düzeylerine çok yakın olduğunu saptamıştır (12). Karadağ ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 387 yaşlı bireyin yaşam doyumunu incelemiş yaşam doyumu düzeylerini düşük olarak bulmuşlardır (86). Bizim çalışmamızda ise bireylerin orta düzeyde yaşam doyumu gösterdikleri belirlenmiştir. Bu çalışmanın bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olmasının sebebinin Karadağ ve ark.nın yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan bireylerin ağrı düzeylerinin çok yüksek olması ve bunun yaşam doyumunu olumsuz etkilemesi olduğu düşünülmektedir. İlhan ve ark. huzurevinde kalan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimleri ve yaşam doyumunu incelemiş ve yaşam doyumu düzeylerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (87). Birinci ve ark. huzurevinde kalan bireylerin yaşam doyumlarını etkileyen faktörleri incelediği bir çalışmada yaşam doyumu düzeylerinin düşük olduğunu bulmuştur (88). Huzurevinde kalan bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin incelendiği bu çalışmaların sonuçlarının bizim çalışmamızdan farklı çıkmasının sebebinin ise çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları ortamın ve yaşam koşullarının doğrudan yaşam doyumunu etkilemesi, bireylerin huzurevinde çok uzun

süredir yaşıyor olması, huzurevinin fiziki ve sosyokültürel şartlarının bireyleri tatmin etmemesi gibi sebeplerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Oğuz ve ark. tarafından geriatrik bireylerle yapılan çalışmada katılımcıların %75'inde kinezyofobi olduğu belirlenmiş, yaş ile kinezyofobi düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (89). Bizim çalışmamızda da yaş ile kinezyofobi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Torpî yaptığı çalışmada yaşa bağlı olarak bireylerde alt extremitte kas gücünün azaldığını ve hareket etme korkusunun arttığını belirtmiştir (90). Silva ve ark. omurga cerrahisi geçirmiş yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada yaşla birlikte kinezyofobi düzeyinin arttığını belirtmiştir (91). Literatürde yaş ile kinezyofobi ilişkisini inceleyen bu çalışmaların bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olmasının sebebinin çalışmamıza katılan bireylerin başarılı ve aktif yaşlanmaya bağlı yaşam biçimleri olduğu düşünülmektedir.

Saka ve ark. yaptıkları bir çalışmada yaşlı bireylerin %72,1'inin ağrı hissettiğini belirtmiştir (80). Kalan ve ark. ise yaşlı bireylerin %70'inin ağrı yaşadığını belirtmiştir (92). Ferrel ve ark. huzurevinde yaşayan bireylerle yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %71'inin ağrı hissettiğini belirtmişlerdir (93). Hoedl ve ark. 1528 kişiyle huzurevinde ağrı ve bağımsızlık ilişkisini incelemiş, katılımcıların %15,7'sinin hafif ağrı, %11,1'inin orta düzeyde ağrı, %1,6'sı şiddetli ağrı; %0,3'ünün çok şiddetli ağrı hissettiklerini belirtmiştir (94). Gümüş ve ark. huzurevinde yaptıkları bir çalışmada burada yaşayan yaşlı bireylerin %74'ünün ağrı yaşadığı ve bunların %47,6'sının akut, %47,4'ü kronik ağrı olduğunu belirtmişlerdir (95). Gümüş ve ark. yaptıkları çalışmada yaşla birlikte ağrı yaygınlığının arttığını ve huzurevinde yaşayan bireylerde ağrı prevalansının çok yüksek olduğunu belirtmiştir (95). Bizim çalışmamızda ise yaşlı bireylerin %92'sinde hafif düzeyde de olsa ağrı olduğu gözlemlenmiştir, fakat yaş ile ağrı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Yazıcı ve ark. huzurevinde yaptıkları bir çalışmada yaşla birlikte günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyinin azaldığını belirtmiştir (96). Çınarlı ve ark. yaptıkları bir çalışmada yaşlanmakta olan bireylerde yaş artıca başka birine bağımlılık düzeyinin de arttığını ve bu artışın kadınlarda daha fazla olduğunu belirtmiştir (97). Erdem ve ark. yaptıkları bir çalışmada yaşla birlikte bireyin bağımsızlık düzeyinin azaldığını belirtmektedir (98). Bizim çalışmamızda ise yaş ile

günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, bunun çalışmamıza katılan bireylerde ağrı ve kinezyofobinin bireylerin GYA bağımsızlık düzeylerini etkileyecek kadar yoğun olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yılmaz yaptığı çalışmasında yaş ile yaşam doyumu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (50). Korkut ve ark. yaptıkları bir çalışmada yaşlı bireyler bakım veren kişilerin yaşam doyumunu değerlendirmiştir ve yaş ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (99). Bizim çalışmamızda da yaş ile yaşam doyumu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde yaş ile yaşam doyumu düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmalar bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Şahin ve ark. huzurevinde yaşayan bireylerin umutsuzluk düzeyleri ve yaşam doyumu düzeylerini değerlendirdiği bir çalışmada yaş ile yaşam doyumu düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (68). Bu çalışma bizim sonuçlarımızdan farklı bir sonuç vermiştir.

Sertel ve ark. kronik ağrısı olan bireylerde kinezyofobi düzeyini incelemiş, orta düzeyde ağrısı olan bireyleri dahil etmiştir ve kinezyofobi düzeyini yüksek bulmuştur (76). Larrson ve ark. kronik ağrısı olan yaşlı bireylerle ağrının özelliklerini ve kinezyofobinin ilişkisini incelemiş ve yaş, ağrı yoğunluğu, ortam gibi faktörlerin kinezyofobiyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu saptamıştır (72). Altuğ kronik bel ağrısı olan ve olmayan bireylerle bir çalışma yapmış ve bel ağrısı olan bireylerin kinezyofobi değerlerinin bel ağrısı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir (100). Oğuz ve ark. yaptıkları bir çalışmada ağrısı olan bireylerde kinezyofobi değerlerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (101). Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde de ağrı ile kinezyofobi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (102-104).

Priore ve ark. patellofemoral ağrısı olan kadınlarla yaptıkları çalışmada kinezyofobi düzeyi ile ağrı şiddeti arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (105). Suarez ve ark. kronik kas iskelet sistemi ağrısı çeken bireylerle yaptıkları çalışmada ağrının şiddeti ve yoğunluğuna göre kinezyofobi düzeyinin arttığını belirtmişlerdir (104). Palomo-Lopez ve ark. yaptıkları bir çalışmada ağrı şiddeti arttıkça kinezyofobi düzeyinin arttığını belirtmiştir (106). Bizim çalışmamızda da bu çalışmalarla ortak

sonuçlara varılmış, kinezyofobi ile ağrı arasında pozitif bir ilişki saptanmış, ağrı şiddeti değişkenine göre kinezyofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Ishak ve arkadaşları bel ağrısı olan yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada ağrı düzeyi ile kinezyofobi arasında anlamlı bir ilişki bulamamış, bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızın ve literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarından farklı bulunmuştur; sebebinin çalışmaya katılan bireylerin ağrı düzeylerinin hafif olmasının olabileceği öngörülmektedir (107).

Milenković ve ark. kronik ağrılı geriatric bireylerle yaptığı çalışmada ağrı şiddeti ile kinezyofobi arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (108). Ağrının daha detaylı olarak (süresi, tipi, nedeni, lokalizasyonu vb.) incelendiği ve bireylerin aktivite katılımı, fiziksel aktivite düzeyi gibi değişkenlerin de değerlendirildiği çalışmaların alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ertan ve ark. hipertansiyonlu bireylerle yaptıkları çalışmada kinezyofobinin bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediğini bulmuştur (102). Pirinççi ve ark. ağrılı omuz patolojilerinde yaptıkları bir çalışmada kinezyofobinin GYA'da kısıtlılıklara yol açtığını belirtmiştir (109). Can yaptığı bir çalışmada katılımcıların rotator manşet sendromuna bağlı olarak hareket etmekten korktuğu, kolun eklem hareket açıklığının azaldığı ve günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir (110). Yifan ve ark. kronik kalp yetmezliği olan bireylerle bir çalışma yapmış ve kinezyofobisi olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir (111). Milenković ve ark. kurumda kalan kronik ağrılı yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada kinezyofobinin günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisini incelemiş ve ağrının günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediğini bulmuştur (108). Knapik ve ark. koroner arter hastalığı olan yaşlı bireylerle yaptıkları bir çalışmada kinezyofobi düzeyi 37 puan ve üzerindeki bireylerle 37 puan altındaki bireylerin aktivite düzeylerini kıyaslamış ve kinezyofobi düzeyi yüksek olan grubun aktivite düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmiştir (112). Kalataki ve ark. temporomandibular bozukluğu olan 55 bireyle yaptıkları bir çalışmada bireylerin ağrısı olan kinezyofobi düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiş ve bunlara bağlı olarak aktivite düzeylerinin olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir (113). Saulicz ve ark. kadınlarla yaptıkları bir çalışmada kinezyofobisi yüksek olan kadınların fiziksel

aktivite düzeylerinin çok düşük olduğunu, kişinin rollerine bağlı okupasyonlarda bile katılım düzeyinin çok düşük olduğunu belirtmişlerdir (113). Literatürdeki çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Suarez ve ark. yaptıkları çalışmada ağrının yoğunluğuna ve şiddetine göre kinezyofobi düzeyinin arttığını ve bunun yaşam kalitesiyle negatif yönlü bir ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir (104). Pitchai ve ark. bel ağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada kinezyofobinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmiştir (114). Sütçü ve ark. parkinsonlu yaşlı bireylerle yaptığı bir çalışmada kinezyofobi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (115). Bulguroğlu ve ark. yaptıkları bir çalışmada kinezyofobinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmiştir (116). Akandere, yaptığı bir müdahale çalışmasında huzurevinde yaşayan bireylerin yaşam doyumlarını ölçmüş ve yine bizim sonuçlarımıza çok yakın sonuçlar elde etmiştir (117). Sevim, sporcularla yaptığı bir çalışmada kinezyofobi ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi incelemiş ve anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (5). Literatürdeki huzurevinde yaşayan bireyler yaşam doyumunun değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde bizim çalışmamızın sonuçlarıyla paralel olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda bazı limitasyonlar bulunmaktadır. İlk olarak çalışmamızda ağrının kinezyofobi için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Fakat bu çalışmada ağrının lokalizasyonu, süresi, nedeni ve risk faktörleri gibi etkenler değerlendirilmemiştir. Ayrıca kinezyofobiyi etkileyen çok fazla faktör olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir, bu nedenle ileri yapılacak çalışmalarda ağrının ve kinezyofobiyi etkileyen faktörlerin daha detaylı değerlendirilmesi önerilmektedir. İkinci olarak bu çalışmada erkek katılımcı sayısı daha yüksekti. Kadın katılımcıların katılımının teşvik edildiği ve kadın-erkek sayısının eşit olduğu çalışmaların yapılmasının alana önemli katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Son olarak bu çalışmada bireylerin aktivite katılımının kinezyofobi, ağrı, GYA bağımsızlık ve yaşam doyumları düzeyi ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir ve bu konuda yapılacak çalışmalarda aktivite katılımının bu parametrelerle ilişkisinin incelenmesi önerilmektedir.

Çalışmamızın sonucunda kinezyofobi, ağrı, GYA bağımsızlık ve yaşam doyumu düzeyleri arasında bulunan bu ilişki özellikle bu alanda çalışan sağlık profesyonellerini tarafından yapılacak olan değerlendirmelerde yer alması önerilmektedir. Özellikle huzurevinde yaşayan bireylerle yapılacak olan müdahale yaklaşımlarında aktif katılımlarının sağlandığı aktivitelerin planlanması, ağrıyla baş etme stratejilerinin öğretilmesi, GYA'da bağımsızlığın artırılmasına yönelik uygulamaların yer alması önerilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobinin ağrı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisini incelediğimiz bu çalışmada şu sonuçlara varılmıştır:

1. Huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobi ile ağrı arasında güçlü bir ilişki vardır. Ağrı düzeyinin yüksek olması bireylerde kinezyofobiye sebep olmakta ve ağrı-korku-ağrı siklusuna neden olmaktadır. Bunun yanısıra kinezyofobiye etki eden diğer faktörlerin de daha detaylı ele alınıp değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.
2. Huzurevinde kalan bireylerde ağrı ve kinezyofobi düzeyinin yüksek olması bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek katılım kısıtlılıklarına yol açmaktadır ve bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını azaltmaktadır. Bu durum bireyin günlük yaşam aktivitelerine aktif katılımın azalmasına neden olmaktadır.
3. Kurum ortamında yaşayan yaşlı bireylerde çevrenin çok önemli olduğu ve bireyin aktivite katılımını etkilemesi nedeniyle huzurevlerinde kurumsal çevrenin mutlaka değerlendirilmesi ve bireyin aktivite katılımını arttıracak şekilde düzenlenmesi önerilmektedir.
4. Bireyin ağrı ve kinezyofobi gibi katılımını kısıtlayan faktörlerin yanında GYA bağımsızlık düzeyinin azalması bireyin yaşam kalitesini azaltarak doğrudan yaşam doyumunu etkilemektedir.
5. Huzurevinde kalan bireylerin kinezyofobi düzeyleri ile günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır, fakat günlük yaşam aktivitelerinde temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinin etkilenimi farklılık gösterebilmektedir. Bu yüzden temel ve yardımcı GYA'ların gerçekleştirilmesine kinezyofobinin etkisini inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKÇA

1. Çunkuş N, Yiğitoğlu Gt, Akbaş E. Yaşlılık Ve Toplumsal Dışlanma. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2019;2(2):58-67.
2. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık Ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim. 2012;25(3):1-3.
3. Fatma A, Şebnem A. Yaşlılık Döneminde Görülen Değişiklikler, Fiziksel İnaktivite, Kinezyofobi Ve Düşmeler. Abant Sağlık Bilimleri Ve Teknolojileri Dergisi. 2021;1(2):51-62.
4. Organization Wh. The World Health Report 2003: Shaping The Future: World Health Organization; 2003.
5. Sevim E. Kinezyofobi İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
6. Kaba I, Erol M, Güç K. Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeğinin Geliştirilmesi. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018;18(1):1-14.
7. Lewis Cb, Bottomley Jm. Geriatric Rehabilitation: A Clinical Approach. (No Title). 2008.
8. Pehlivanoglu Efö, Özkan Mu, Balcioglu H, Bilge U, Ünlüoğlu I. Adjustment And Reliability Of Katz Daily Life Activity Measures For Elderly In Turkish. Ankara Medical Journal. 2018;18(2):219-23.
9. Hatice T, Güler N, Havva T. Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu Ve Yaşam Kaliteleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011;13(2):59-67.
10. Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. Malatya Şehir Merkezinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri, Sosyal Ve Psikolojik Fonksiyon Düzeyleri. 2005.
11. Tuncay Fö, Fertelli T. Yaşlılarda Bilişsel İşlevlerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Doyumu İle İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2018;32(3):183-90.
12. Altay B, Avcı Ia. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Özbakım Gücü Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. Dicle Tıp Dergisi. 2009;36(4):275-82.
13. Yaşlılar Ti. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 17 Mart 2016. 2015.
14. Borg C, Hallberg Ir, Blomqvist K. Life Satisfaction Among Older People (65+) With Reduced Self-Care Capacity: The Relationship To Social, Health And Financial Aspects. Journal Of Clinical Nursing. 2006;15(5):607-18.
15. Güzel R, İrdesel J, Kutsal Yg. İleri Yaşlarda Kinezyofobi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021;30(2):116-25.
16. Uçurum Sg, Kalkan Ac. Bel Ağrılı Hastalarda Ağrı, Kinezyofobi Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Ege Tıp Dergisi. 2018;57(3):131-5.
17. Avşarkocaoğlu G. Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Kinezyofobi, Fiziksel Fonksiyon Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Eastern Mediterranean University (Emu)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (Daü); 2019.

18. Ural Fg. Miyofasiyal Ağrı Sendromu Olan Hastalarda Obezitenin Uyku Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi. Cukurova Medical Journal. 2018;43(3):600-4.
19. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık Ve Fiziksel Aktivite. Journal Of Turgut Ozal Medical Center. 2008;15(3):219-24.
20. Önal Öüö, Bilge Agm, Ulusal Ögf, Korkut Öüg, Gündoğdu Ögds, Kocakoç N, Et Al. Yaşlılık Ve Sosyal Politika Tartışmaları.
21. Gümüş F. Cardiac Surgery And Anesthesia Approach In An Elderly Patient Population. Turkish Journal Of Thoracic And Cardiovascular Surgery. 2013;21(1).
22. Fries Jf, Nesse Rm, Schneider El, Brody Ja. Aging, Natural Death, And The Compression Of Morbidity. New England Journal Of Medicine. 1984;310(10):659-60.
23. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2022.
24. Um S. Güncel Durum, Sorunlar Ve Kisa-Orta Vadeli Çözümler.
25. Tereci D, Turan G, Nergis K, Öncel T, Arslansoyu N. Yaşlılık Kavramına Bir Bakış. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi. 2016;16(1):84-116.
26. Kahveci Mm, Yeniçeri N. Değişen Dünyada Yaşlılık. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.8(2):593-9.
27. Bilal A. Yaşlılık Psikolojisi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi.2(2).
28. Gevrek C, Gevrek C. Dejeneratif Menisküs Yırtığına Bağlı Parsiyel Menisektomi Sonrası Kuvvet Duyusu, Fonksiyonel Performans, Yaşam Kalitesi, Aktivite Düzeyi Ve Kinezyofobi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.
29. Roelofs J, Van Breukelen G, Sluiter J, Frings-Dresen Mh, Goossens M, Thibault P, Et Al. Norming Of The Tampa Scale For Kinesiophobia Across Pain Diagnoses And Various Countries. Pain. 2011;152(5):1090-5.
30. Vlaeyen Jw, Linton Sj. Fear-Avoidance Model Of Chronic Musculoskeletal Pain: 12 Years On. Pain. 2012;153(6):1144-7.
31. Leeuw M, Goossens Me, Linton Sj, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen Jw. The Fear-Avoidance Model Of Musculoskeletal Pain: Current State Of Scientific Evidence. Journal Of Behavioral Medicine. 2007;30:77-94.
32. Pereira Lsm, Sherrington C, Ferreira Ml, Tiedemann A, Ferreira Ph, Blyth Fm, Et Al. Self-Reported Chronic Pain Is Associated With Physical Performance In Older People Leaving Aged Care Rehabilitation. Clinical Interventions In Aging. 2014:259-65.
33. Aslan D, Ertem M. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar Ve Çözümler. 2012.
34. Vlaeyen Jw, Kole-Snijders Am, Rotteveel Am, Ruesink R, Heuts Ph. The Role Of Fear Of Movement/(Re) Injury In Pain Disability. Journal Of Occupational Rehabilitation. 1995;5:235-52.
35. Yıldırım D. Ağrı. Yaşlanma Teorileri Ve Geriatrik Değerlendirme: Yaşlı Bakımı. 2019.
36. Güleç G, Güleç S. Ağrı Ve Ağrı Davranışı. Ağrı Dergisi. 2006;18(4):5-9.

37. Durmaz B. Yağlılarda Kronik Ağrı Nedenleri Ve Değerlendirme Yöntemleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2012;15:27-8.
38. Gökkaya Nko, Gokce-Kutsal Y, Borman P, Ceceli E, Dogan A, Eyigor S, Et Al. Pain And Quality Of Life (Qol) In Elderly: The Turkish Experience. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*. 2012;55(2):357-62.
39. Yong Rj, Mullins Pm, Bhattacharyya N. Prevalence Of Chronic Pain Among Adults In The United States. *Pain*. 2022;163(2):E328-E32.
40. Saka Sd, Gözüm S. Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Prevalansı Ve Ağrı Öz Yönetim Uygulamaları. *Cukurova Medical Journal*. 2020;45(2):595-603.
41. Karataş S. Yaşlılıkta Yaşam Doyumu Ve Etkileyen Etmenler. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 1990;8(1-2):3.
42. Kaya E, Sönmez S, Barlas F. *Deliryum*. 2013.
43. Hazer O, Özsungur F. Başarılı Yaşlanma Ölçeği (Byö) Türkçe Versiyonu. *International Journal Of Education Technology And Scientific Researches*. 2017;2(4).
44. Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi Ve Etkileyen Risk Etmenleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004;7(4):199-205.
45. Bumin G. *Günlük Yaşam Aktiviteleri*. 2021.
46. Hsu H-C. Trajectories Of Multimorbidity And Impacts On Successful Aging. *Experimental Gerontology*. 2015;66:32-8.
47. Bleijenberg N, Zuithoff N, Smith Ak, De Wit N, Schuurmans M. Disability In The Individual Adl, Iadl, And Mobility Among Older Adults: A Prospective Cohort Study. *The Journal Of Nutrition, Health & Aging*. 2017;21:897-903.
48. Stevens-Ratchford R, Diaz T. Promoting Successful Aging Through Occupation. An Examination Of Engagement In Life: A Look At Aging In Place, Occupation And Successful Aging. *Activities, Adaptation & Aging*. 2003;27(3-4):19-37.
49. Yılmaz A. Sağlıklı Yaşlanma İle Psikopatoloji İlişkinin İncelenmesi. 2022.
50. Kütmeç Yılmaz C. Yaşlı Bireylerde Yerde Yaşlanma İle Başarılı Yaşlanma Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2020.
51. Şimşek Tt, Yümin Et, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. Mental, Mobilite Ve Fonksiyonel Özürlülüğün Yaşlılarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Karşılaştırmalı Çalışma. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 2011.
52. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. *Geriatri*. 2000;3(4):141-5.
53. Telatar Tg, Özcebe H. Yaşlı Nüfus Ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004;7(3):162-5.
54. Şahin Ne, Emiroğlu O. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;1(1):57-66.

55. Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyumuna Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(4):21-9.
56. Şimşek Tt, Yümin Et, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. Kadın Ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyon Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2010.
57. Folstein Mf, Folstein Se, Mchugh Pr. "Mini-Mental State": A Practical Method For Grading The Cognitive State Of Patients For The Clinician. Journal Of Psychiatric Research. 1975;12(3):189-98.
58. Molloy Dw, Standish Ti. A Guide To The Standardized Mini-Mental State Examination. International Psychogeriatrics. 1997;9(S1):87-94.
59. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanı Sı Nda Geçerlik Ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13(4):273-81.
60. Yılmaz Öt, Yakut Y, Uygur F, Uluğ N. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu Ve Test-Tekrar Test Güvenirliği. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2011;22(1):44-9.
61. Dursun G. Yaşlı Bireylerde Geriatrik Ağrı Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması: Akdeniz Üniversitesi; 2013.
62. Dağlı A, Baysal N. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;15(59).
63. Lorber M, Kmetec S, Davey A, Mlinar Reljić N, Fekonja Z, Kegl B. Associations Between Sleep Quality, Frailty, And Quality Of Life Among Older Adults In Community And Nursing Home Settings. International Journal Of Environmental Research And Public Health. 2023;20(6):4937.
64. Zhou Z, Ren L, Zhang Z, Sun X, Zheng Y, Gu Y, Et Al. Association Between Cardiopulmonary Function, Health-Related Quality Of Life And Cognitive Impairment Among The Older Nursing Home Residents In Shanghai, China. Primary Health Care Research & Development. 2023;24:E18.
65. Kushkestani M, Ebrahimpour Nosrani S, Moradi K, Lira Fs. Poor Sleep Quality Correlated Negatively With Physical Activity Level And Nutritional Status In Older Adults Living In Nursing Homes. Aging Medicine And Healthcare. 2021:46-52.
66. Göksu Ö. Yaşlı Bireylerin Kendini İhmal, Yalnızlık Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
67. Kurt Magrebi T, Akçay S. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ve Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Electronic Journal Of Social Sciences. 2020;19(76).
68. Şahin Ne, Özçetin Ysü. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Düzeyi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;13(2):167-76.

69. Akçay S, Magrebi Tk. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Ölüm Kaygisi Ve Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;19(76):2100-18.
70. Bilge A, Elbay G, Cürgül M, Tuğçe K, Şahin S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bedensel Ve Ruhsal Sağlık Durumları İle Beslenme Durumları Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(1):40-5.
71. Karaman D, Topal K, Aksoy H, Gereklioğlu Ç. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Malnütrisyon, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. *Pamukkale Medical Journal*. 2019;12(3):545-53.
72. Larsson C, Ekvall Hansson E, Sundquist K, Jakobsson U. Kinesiophobia And Its Relation To Pain Characteristics And Cognitive Affective Variables In Older Adults With Chronic Pain. *Bmc Geriatrics*. 2016;16:1-7.
73. Alpalhão Vlb. Kinesiophobia, Fear-Avoidance And Aging: A Systematic Integrative Review On The State Of The Art 2021.
74. Genç Fz, Bilgili N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Kinezyofobi Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;12(2):294-303.
75. Güneş Gy, Tedavi F. Yaşlılarda Egzersizin Fiziksel Aktivite, Hareket Korkusu, Yorgunluk Ve Uyku Kalitesine Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*) Tc Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Programı Ankara. 2015.
76. Sertel M, Aydoğan Arslan S, Tütün Yümin E, Demirci Cs, Tarsuslu Şimşek T. Investigation Of The Relationship Between Physical Activity, Kinesiophobia And Fear Of Falling In Older Adults With Chronic Pain. *Somatosensory & Motor Research*. 2021;38(3):241-7.
77. Daşkın G. Yaşlı Bireylerin Ağrı, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi: Sakarya Üniversitesi (Turkey); 2019.
78. Kazoğlu M. Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Uyku Kalitesi, Ağrı, Yorgunluk Ve Fiziksel Uygunluk Düzeylerinin Karşılaştırılması: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
79. Sezer Ö, Devran D, Dağdeviren Hn. Yaşlılarda Kronik Ağrı Durumu Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2021;25(3):76-83.
80. Saka Sd. Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Prevelansı Ve Yaşlıların Ağrı Öz Yönetim Uygulamaları. 2017.
81. Motta Tsd, Gambaro Rc, Santos Fc. Pain Measurement In The Elderly: Evaluation Of Psychometric Properties Of The Geriatric Pain Measure–Portuguese Version. *Revista Dor*. 2015;16:136-41.
82. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Journal Of Turgut Ozal Medical Center*. 2005;12(3):177-83.

83. Demir Yp. Kendi Evinde Yaşayan Ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin, Depresyon Düzeylerinin Ve Sosyal İzolasyon Durumlarının Karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2017;16(1):19-28.
84. Şahin An. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Beslenme Durumları Ve Beslenme Durumlarına Etki Eden Faktörler: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik; 2019.
85. Taci Dy, Yılmaz S, Arslan I, Fidancı I, Çelik M. The Evaluation Of Frailty In The Elderly And Affecting Biopsychosocial Factors: A Cross-Sectional Observational Study. *Iranian Journal Of Public Health*. 2023;52(1):159.
86. Karadağ Arlı S, Bakan Ab, Varol E, Aslan G. Investigation Of Pain And Life Satisfaction In Older Adults. *Geriatrics & Gerontology International*. 2018;18(1):5-11.
87. İlhan Na. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Doyumu: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2003.
88. Birinci M, Quadir Se. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Doyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*. 2017;1(2):35-50.
89. Oğuz S, Duman Özkan T, Yıldız Özer A, Polat Mg. Geriatrik Bireylerde Kinezyofobi İle Denge, Düşme Korkusu Ve Mobilitenin İlişkisi. 2022.
90. Torpi Hk. Yaşlılarda Alt Ekstremitte Kas Gücünün Denge, Fonksiyonel Kapasite, Kinezyofobi Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. 2018.
91. Silva Nsd, Abreu Ssd, Suassuna Pd. Kinesiophobia And Associated Factors In Elderly Females With Chronic Musculoskeletal Pain: Pilot Study. *Revista Dor*. 2016;17:188-91.
92. Kalan U, Ferhat A. Prevalance And Distribution Of Pain In Geriatric Patients. *Geriatric Bilimler Dergisi*. 2018;1(3):79-85.
93. Ferrell Ba, Ferrell Br, Osterweil D. Pain In The Nursing Home. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 1990;38(4):409-14.
94. Hoedl M, Bauer S. The Relationship Between Care Dependency And Pain In Nursing Home Residents. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*. 2020;90:104166.
95. Gümüş Ab, Keskin G, Orgun F. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Ve Yaşam Aktiviteleri: Depresyon, Anksiyete Ve Somatizasyon Yönünden Bir İnceleme. *Turkish Journal Of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2012;15(3).
96. Yazıcı Sö, Kalaycı I. Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri Ve Tasarım Dergisi*. 2015;3(3):385-90.
97. Çınarlı T, Zeliha K. 65 Yaş Ve Üzeri Yaşlılarda Düşme Risk Ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4(4):660-79.
98. Erdem M, Fadime E. Yaşlılarda Mobilite Düzeyi Ve Düşme Korkusu. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;7(1).
99. Korkut G, Gençtürk Z. Yaşlılara Bakım Veren Aile Bireylerinde Algılanan Bakım Yükü Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademik Araştırmalar Dergisi*. 2019;3(3):53-78.

100. Altuğ F, Ünal A, Kilavuz G, Kavlak E, Çitişli V, Cavlak U. Investigation Of The Relationship Between Kinesiophobia, Physical Activity Level And Quality Of Life In Patients With Chronic Low Back Pain 1. *Journal Of Back And Musculoskeletal Rehabilitation*. 2016;29(3):527-31.
101. Yıldız T, Uluata S. *Uluslararası Maldiva Sağlık Bilimleri Kongresi Tam Metin Bildiri Kitabı*. 2022.
102. Ertan Ö, Aslan Gk, Akinci B, Okumuş Ng. Pulmoner Hipertansiyonlu Bireylerde Kinezyofobi. *Türk Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2019;30(3):168-75.
103. Kinikli Gi, Deniz Hg, Karahan S, Aşkın A, Turgay M, Kinikli G. Predictors Of Fear Of Movement In Patients With Rheumatoid Arthritis. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 2018;29(2):11-7.
104. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role Of Kinesiophobia On Pain, Disability And Quality Of Life In People Suffering From Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *British Journal Of Sports Medicine*. 2019;53(9):554-9.
105. Priore Lb, Azevedo Fm, Pazzinato Mf, Ferreira As, Hart Hf, Barton C, Et Al. Influence Of Kinesiophobia And Pain Catastrophism On Objective Function In Women With Patellofemoral Pain. *Physical Therapy In Sport*. 2019;35:116-21.
106. Palomo-López P, Becerro-De-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias Me, López-López D, Rodríguez-Sanz D, Romero-Morales C, Et Al. Kinesiophobia And Pain Intensity Are Increased By A Greater Hallux Valgus Deformity Degree-Kinesiophobia And Pain Intensity In Hallux Valgus. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2020;17(2):626.
107. Ishak Na, Zahari Z, Justine M. Kinesiophobia, Pain, Muscle Functions, And Functional Performances Among Older Persons With Low Back Pain. *Pain Research And Treatment*. 2017;2017.
108. Milenković M, Kocić M, Balov B, Stojanović Z, Savić N, Ivanović S. Influence Of Kinesiophobia On Activities Of Daily Living Of Elder Institutionalized Persons With Chronic Pain. *Praxis Medica*. 2015;44(3):55-9.
109. Pirinççi Cş, Cihan E, Arca M, Durmaz Ed, Yıldırım N. Ağrılı Omuz Patolojilerinde Görülen Kinezyofobinin Yaşam Kalitesi Ve Omuz Fonksiyonelliğine Olan Etkisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 2021;26(1):3-10.
110. Can I. Rotator Manşet Sendromlu Hastalarda Skapular Stabilizasyon Egzersizlerinin Omuz Fonksiyonları, Kinezyofobi, Yaşam Kalitesi, Omuz Ile İlgili Yeti Yitimi Ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. 2019.
111. Yifan T, Yanling H, Weiyun W, Xiaolin H, Zejuan G, Rong W, Et Al. Mediation Analysis Of Activities Of Daily Living And Kinesiophobia In Association Between Cardiac Function And Health Status Of Patients With Chronic Heart Failure. *Clinical Cardiology*. 2023.
112. Knapik A, Dąbek J, Brzęk A. Kinesiophobia As A Problem In Adherence To Physical Activity Recommendations In Elderly Polish Patients With Coronary Artery Disease. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:2129-35.

113. Kalatakis-Dos-Santos Ae, Fidelis-De-Paula-Gomes Ca, Bassi-Dibai D, Gonçalves Mc, Martins-De-Sousa Ph, Pires Fo, Et Al. Correlation Between Habitual Physical Activity And Central Sensitization, Pain Intensity, Kinesiophobia, Catastrophizing, And The Severity Of Myogenous Temporomandibular Disorder. *J Chiropr Med.* 2019;18(4):299-304.
114. Pitchai P, Chauhan Sk, Sreeraj S. Impact Of Kinesiophobia On Quality Of Life In Subjects With Low Back Pain: A Cross-Sectional Study. *Int J Physiother Res.* 2017;5(4):2232-39.
115. Sütçü G, Ayvat E, Kiliç M. Effects Of Fatigue And Kinesiophobia On Functional Capacity, Physical Activity And Quality Of Life In Parkinson's Disease. *International Journal Of Rehabilitation Research.* 2021;44(1):65-8.
116. Bulguroğlu Hi, Bulguroğlu M, Dinçer S, Gevrek C, Zorlu S, Kendal K. Investigation Of The Effects Of Kinesiophobia Level On Physical Activity And Quality Of Life In University Students. *Journal Of Ideas In Health.* 2023;6(2):847-53.
117. Akandere M. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Fiziksel Aktivitelerin Yaşam Doyum Düzeylerine Etkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2007(18):1-9.

8. EKLER

EK-1: Tez Çalışması İçin Etik Kurul Onayı

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 1122
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 07 HAZİRAN 2022 SALI
Toplantı No : 2022/10
Proje No : GO 22/146 (Değerlendirme Tarihi: 15/02.2022)
Karar No : 2022/10-42

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Erg. Münevver AYDEMİR'in yüksek lisans tez çalışması olan, GO 22/146 kayıt numaralı "Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Kinezyofobinin Ayrı Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve Yaşam Doyması ile İlişkinin İncelenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 08 Haziran 2022 - 08 Nisan 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	e)
2. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	e)
3. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Doç. Dr. Merve BATUL	
4. Prof. Dr. Sibel PEHLIVAN	(Üye)	11. Doç. Dr. Gülten KOÇ	
5. Prof. Dr. Nüket Pal	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	
6. Prof. Dr. Tolga YILDIRI	(Üye)	13. Av. Buket ÇINAR	(Üye)
7. Doç. Dr. H. Tuna Çakır ES	(Üye)		

İZİNLI
İZİNLI

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin:

EK-2: Tez Çalışması İçin Orijinallik Raporu

Tez intihal

ORJİNALLİK RAPORU

% 7	%	% 7	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** Medine Nur ÖZATA DEĞERLİ, Gonca BUMİN, Onur ALTUNTAŞ. "Investigation of the Relationship Between the Level of Independence in Activities of Daily Living and Life Satisfaction in Geriatrics: Descriptive Research", *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 2023
Yayın

% **1**
- 2** ALTUNTAŞ, Onur and BAFRALI1, Cemre. "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Grup Aktivitesinin Benlik Algısına Etkisi", *Hacettepe Üniversitesi Hastalari Basımevi*, 2017.
Yayın

% **1**

EK-3: Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Mürüvvet Aydemir
Ödev başlığı: HUZUREVİNDE KALAN BİREYLERDE KİNEZYOFOBİNİN AĞRI, ...
Gönderi Başlığı: Tez İntihal
Dosya adı: TEZ_SON_-_Kopya.docx
Dosya boyutu: 190.34K
Sayfa sayısı: 44
Kelime sayısı: 8,475
Karakter sayısı: 60,256
Gönderim Tarihi: 21-Ara-2023 04:09ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2263635110



EK-4:ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sevgili katılımcımız,

‘Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Kinezyofobinin, Ağrı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık Ve Yaşam Doymu İle İlişkinin İncelenmesi’ başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma huzurevinde yaşayan bireylerde kinezyofobi ile ağrı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve yaşam doymu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla yeni bilgiler edineceğiz ve bu bilgiler bu alandaki yeni çalışmalara katkı sağlayacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 6 bölümden oluşmaktadır. 63 soruluk, 30 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketler uygulanırken hem kendiniz hem de çevreniz için gerekli pandemi kurallarına uymayı lütfen ihmal etmeyiniz, sosyal mesafeyi koruyunuz, maske takınız ve fiziksel temasta bulunmamaya özen gösteriniz. Anket sırasında kolonya-dezenfektan kullanarak el hijyeninize dikkat ediniz. Anket bittikten sonra odanızı havalandırmaya özen gösteriniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu araştırmacı: Dr.Öğretim Üyesi Onur Altuntaş

Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı

İmza

Araştırma Ekibi
Erg. Mürüvvet Aydemir

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

EK-5: Sosyodemografik Bilgi Formu**YAŞ:****CİNSİYET:** *ERKEK *KADIN**EĞİTİM DÜZEYİ:**

*HERHANGİ BİR OKULDAN MEZUN DEĞİL *LİSE

*İLKOKUL *ÜNİVERSİTE

*ORTAOKUL *LİSANSÜSTÜ

ÇOCUK: * VAR *YOK**VARSA KAÇ TANE:****GELİR DURUMU:** *VAR *YOK**HERHANGİ BİR RAHATSIZLIĞINIZ VAR MI ?** *EVET *HAYIR**KULLANDIĞINIZ BİR İLAÇ VAR MI ?** *EVET *HAYIR

Ek 2: Standardize Mini Mental Test'in Türkçe Versiyonu

MİNİ MENTAL DURUM TESTİ
Mini Mental State Examination (MMSE)

Hastanın Adı, Soyadı :

Tarih: ___/___/___

Puanı: _____

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)

Hangi yıl içerisindeyiz?	_____	Hangi ülkede yaşıyoruz?	_____
Hangi mevsimdeyiz?	_____	Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?	_____
Hangi aydayız?	_____	Şu an bulunduğunuz semt neresidir?	_____
Bu gün ayın kaççı?	_____	Şu an bulunduğunuz bina neresidir?	_____
Hangi gündeyiz?	_____	Şu an bu binanın kaçınıcı katındasınız?	_____

Kayıt Hafızası (Toplam 3 puan)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayınız:
Masa, bayrak, elbise. (20 sn süre tanınır.) Her doğru isim 1 puan.

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam 5 puan)

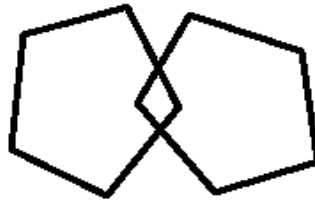
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidiniz. Dur deyinceye kadar devam ediniz.
100, 93, 86, 79, 72, 65. Her doğru işlem 1 puan.

Hatırlama (Toplam 3 puan)

Biraz önce tekrar ettiğiniz isimleri söyleyin.
Masa, bayrak, elbise. Her doğru isim 1 puan.

Lisan (Toplam 9 puan)

- Bu gördüğümüz nesnelere isimleri nedir?
Kol saati, kalem. (20 sn süre tanınır.) Her yanıt 1 puan, toplam 2 puan.
- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin. Ben bitirdikten sonra tekrar edin.
Eğer ve fakat istemiyorum. (10 sn süre tanınır.) Doğru yanıt 1 puan
- Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.
"Masada duran kâğıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
(20 sn süre tanınır.) Her işlem 1 puan, toplam 3 puan.
- Şimdi size bir cümle göstereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın.
Bir kâğıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin. Doğru yanıt 1 puan
- Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. Doğru yanıt 1 puan
- Size göstereceğim şeklin aynısını çizin;
(Aşağıdaki şekil arka sayfaya çizilecek.) Doğru yanıt 1 puan



Toplam Puan : _____

Ek 7: Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu

Lütfen, her soruda kendinize en uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (*her soruda yalnızca bir kutucuğu işaretleyiniz*). Teşekkür ederiz.

	Kesinlikle Kabılmıyorum	Kabılmıyorum	Kablıyorum	Tamamen Kablıyorum
1. Egzersiz yaparsam kendi kendimi sakatlanım diye kaygılanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ağrıyla baş etmeye çalışacak olsam, ağrım artar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ağrımdan dolayı vücudum bana tehlikeli derecede yanlış giden bir şeyler olduğunu söylüyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Egzersiz yaparsam sanki ağrım hafifleyecekmiş gibi geliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. İnsanlar benim tıbbi sorunlarımı yeterince ciddiye almıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Başıma gelen bu olay nedeni ile vücudum hayat boyu risk altında olacak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ağrının olması her zaman, vücudumu sakatladığım/bir problemim olduğu anlamına gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sırf bazı şeylerin ağrımı artırıyor olması, onların tehlikeli oldukları anlamına gelmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kendimi kazara sakatlamaktan korkuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ağrının artmasını engellemenin en basit ve güvenli yolu gereksiz hareketler yapmaktan kaçınmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vücudumda tehlike arz eden bir şey olmasaydı, bu kadar çok ağrı hissetmezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ağrıma rağmen, fiziksel olarak aktif olsaydım, durumum daha iyi olurdu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ağrı, kendimi sakatlamamam için egzersizi ne zaman bırakmam gerektiği konusunda bana sinyal verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Benim durumumda olan birinin, fiziksel olarak aktif olması pek güvenli değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Normal insanların yaptığı her şeyi yapamam, çünkü çok kolay sakatlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bazı şeyler çok fazla ağrıya neden olsa bile, bunların gerçekte tehlikeli olduklarını düşünmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hiç kimse ağrı hissederken egzersiz yapmak zorunda olmamalı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek 8: Geriatrik Ağrı Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu

	EVET	HAYIR
1. Koşma, ağırlık kaldırma, yorucu spor yapma gibi şiddetli aktivitelerden sonra ağrınız oluyor mu?		
2. Spor yaparken, elektrik süpürgesi iterken, ağır bir masayı iterken gibi orta derecede ağır aktiviteleri yaparken ağrınız oluyor mu?		
3. Alışveriş malzemelerini taşıırken ya da kaldırırken ağrınız oluyor mu?		
4. Birden fazla merdiveni çıkarken ağrınız oluyor mu?		
5. Sadece birkaç basamak çıkarken ağrınız oluyor mu?		
6. Bir bloktan öteye yürüdüğünüzde ağrınız oluyor mu?		
7. Bir blok ya da bir bloktan az yürüdüğünüzde ağrınız oluyor mu?		
8. Banyo yaparken ya da giyinirken ağrınız oluyor mu?		
9. Ağrıdan dolayı işe ya da diğer aktivitelere ayırdığınız zaman azalıyor mu?		
10. İsteddiğiniz başarılarınız ağrıdan dolayı azalıyor mu?		
11. Aktivitelerinizi ya da yaptığınız işi ağrınızdan dolayı sınırladığınız oluyor mu?		
12. Yaptığınız iş ya da aktiviteler ağrıdan dolayı ekstra çaba gerektiriyor mu?		
13. Ağrıdan dolayı uyku problemleriniz oluyor mu?		
14. Ağrı hissi dini aktivitelerinizi yapmanıza engel oluyor mu?		
15. Ağrı sizin sosyal ya da eğlence aktivitelerine katılmanızı engelliyor mu?		
16. Ağrı sizin seyahat ya da standart ulaşımınızı engelliyor mu?		
17. Ağrı sizin yorgun ve tükenmiş hissetmenize neden oluyor mu?		
18. Ağrı nedeniyle aile üyelerine ve arkadaşlarınıza bağımlı olmak zorunda mı kalıyorsunuz?		

	EVET	HAYIR
19. 0 - 10 arası bir skalada "0"; ağrı yok, "10" hayal edebileceğiniz en kötü ağrı anlamında ise sizin ağrınız bugün hangi şiddettedir? 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	0- 10	0- 10
20. Son 7 günde, 0- 10 arası bir skalada "0" hiç ağrı yok, "10" hayal edebileceğiniz en kötü ağrı ise sizin ağrınız ortalama ne kadar şiddetli? 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
21. Tamamen bitmeyen ağrınız var mı?		
22. Her gün ağrınız var mı?		
23. Haftada bazen ağrınız oluyor mu?		
24. Son 7 gün içinde ağrınız sizin üzgün ve depresif hissetmenize neden oldu mu?		

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

Toplam Puan (0-42)

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

Ek-9: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu

Etkinlikler	Puan	Bağımsız(1)	Bağımlı (0)
Banyo Yapma	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor.
Giyinme	Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir. (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir)	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans	Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut.
Beslenme	Yemeği tabaktan ağızına kendisi götürebiliyor. (Yemeği başkası hazırlayabilir)	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç.

Toplam:.....(6 puan: hastabağımsız/0puan:hasta tam bağımlı)

Ek-10: Yaşam Doyumu Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu

	Maddeler	Hiç katılmıyorum (1)	Çok az katılıyorum (2)	Orta düzeyde katılıyorum (3)	Büyük oranda katılıyorum (4)	Tamamen katılıyorum (5)
1	İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.					
2	Yaşam koşullarım mükemmeldir.					
3	Yaşamımdan memnunum.					
4	Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.					
5	Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim					

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı:	Mürüvvet AYDEMİR
Doğum Tarihi/Memleketi	
Lisansla Mezun Olduğu Üniversite ve Bölüm	
Mezuniyet Tarihi	
Lisans Mezuniyet Notu	
ALES Sınav Notu (Ağustos 2020)	
Yüksek Lisans	
Yabancı Dili ve Sınav Notları	
Deneyim	
Seminer ve Sertifikalar	
Çalışma Alanları	
Adres:	
Mail ve Telefon	