



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR
HASTANESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

İLETİŞİM PROBLEMİ OLAN 65 YAŞ ÜSTÜ
HASTALARDA ALGOPLUS VE PAİNAD ÖLÇEKLERİ İLE
KARIN AĞRISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Eşme Ece GÜNGÖR
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Aralık, 2021

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR
HASTANESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

İLETİŞİM PROBLEMİ OLAN 65 YAŞ ÜSTÜ
HASTALARDA ALGOPLUS VE PAİNAD ÖLÇEKLERİ
KULLANILARAK KARIN AĞRISININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Eşme Ece GÜNGÖR
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. Dr. Kurtuluş AÇIKSARI

İSTANBUL
Aralık, 2021

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Eşme Ece GÜNGÖR' ün hazırladığı ve jüri önünde savunduğu “**İLETİŞİM PROBLEMİ OLAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA ALGOPLUS VE PAİNAD ÖLÇEKLERİ KULLANILARAK KARIN AĞRISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**” başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Tez Danışmanı:

DOÇ.Dr. Üyesi Kurtuluş AÇIKSARI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

İMZA

.....

Üyeler:

.....

.....

Tez Savunma Tarihi: __/__/2021

Yazar Bildirimi

İLETİŞİM PROBLEMİ OLAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA ALGOPLUS VE PAİNAD ÖLÇEKLERİ KULLANILARAK KARIN AĞRISININ DEĞERLENDİRİLMESİ isimli uzmanlık tezinde Dr. EŞME ECE GÜNGÖR

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içersine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Aralık, 2021

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Eşme Ece GÜNGÖR



Acil tıp uzmanlık eğitimim süresince en iyi şekilde yetiştirilebilmemiz için bilgi, deneyim ve şefkatini esirgemeyen, sabır ve desteği ile her zaman yanımda olan hocam ve aynı zamanda tez yazım sürecinde birlikte çalıştığımız tez danışmanım Doç. Dr. Kurtuluş AÇIKSARI'ya,

Çalışma konusunun seçilmesi ve yürütülmesinde desteğini esirgemeyen yardımcı tez danışmanım Uzm. Dr. Alper SOLAKOĞLU'na,

Aramıza yeni katılan ancak bu kısa sürede bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, tüm zorlukları aşmamıza yardımcı olan Prof. Dr. Behçet AL'a Kliniğimizde tecrübelerinden yararlandığım uzman hekim abi ve ablalarım,

Zorlu çalışma koşullarında gece gündüz birlikte çalıştığım tüm asistan hekim arkadaşlarıma, işini özveri ile yapan hemşire arkadaşlara ve yardımcı sağlık personellerimize,

Büyük emek ve fedakârlık göstererek bugünlere gelmemi sağlayan, sevgileriyle, sabırlarıyla ve destekleriyle maddi manevi her zaman yanımda olan çok sevdiğim annem Fatma ERSAN, babam Murat ERSAN, ablam Esra ALADAĞ'a,

Bu zorlu asistanlık sürecimin en zorlu anlarında dahi her zaman başaracağıma inanan en büyük destekçim, hayat arkadaşım, eşim Ulaş GÜNGÖR'e

En içten saygı, sevgi ve teşekkürlerimle...

Dr. Eşme Ece GÜNGÖR



Özet

İLETİŞİM PROBLEMİ OLAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA ALGOPLUS VE PAINAD ÖLÇEKLERİ KULLANILARAK KARIN AĞRISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Acil servise başvuran 65 yaş üstü iletişim problemi olan hastalarda, algoplus ve painad ağrı ölçeklerinin karın ağrısı değerlendirilmesinde etkinliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışma İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği'ne başvuran 65 yaş üstü 256 hastanın katılımı ile gerçekleşmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, vital bulguları, son bitirdiği okul üzerinden eğitim düzeyi, semptomları, eşlik eden hastalıkları, acil serviste konulan tanısı, kullandığı ilaçlar, mini mental durum testi skoru, klinik kırılgnalık skoru, algoplus skoru, painad pain skoru, vas skoru belirlenerek, önceden oluşturulan vaka veri formuna kaydedilerek prospektif gözlemsel tek merkezli bir çalışma yapıldı. Mini mental test, vas, algoplus ve painad ölçekleri uygulandı. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışma %57,8'i (n=148) kadın, %42,2'si (n=108) erkek olmak üzere toplam 256 hastanın katılımı ile gerçekleşti. Ortalama yaşları $79,04 \pm 8,93$ yıl olarak saptandı. İletişim kurulamayan hastaların yaş, semptom, kullandığı ilaç sayısı, kırılgnalık skoru anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Painad pain ağrı skorları ortalaması $4,37 \pm 1,9$, Algoplus ağrı skorları ortalaması $2,82 \pm 0,99$, VAS ağrı skorları ortalaması $6,33 \pm 1,70$ olarak bulundu. Tüm olguların %60,9'una yatış verilirken %39,1'i taburcu edildi. Taburcu edilen hastaların %47'sine, yatış yapılan hastaların %53'üne Algoplus ve Painad ölçekleri kullanıldı. VAS, Painad pain, Algoplus ağrı skorları; yatış verilen tüm hasta gruplarında yüksek saptandı. İletişim problemi olan hastaların %53'ünde, iletişim problemi olmayan hastaların ise %52,4'ünde en az bir görüntüleme yöntemi kullanıldı. Vas, algoplus, painad ağrı skalalarının kullanıldığı hastalarda en çok BT görüntüleme yöntemi kullanıldığı saptandı. Tüm olguların %16,2'sine ADBG, %60,3'üne BT, %27,9'una ise USG görüntüleme yöntemi kullanıldı. ADBG

görüntüleme yöntemi kullanılan hastaların VAS, Painad pain, Algoplus ağrı skorları USG ve BT görüntüleme kullanılan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. USG görüntüleme yöntemi kullanılan hastalarda Painad pain ve Algoplus ağrı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. USG yapılan hastaların VAS skorları, yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

SONUÇ: Acil servislere karın ağrısı ile başvuran, iletişim kurulabilen yaşlı hastalarda VAS ağrı ölçeği, iletişim kurulamayan yaşlı hastalarda Algoplus ve Painad ağrı ölçekleri kullanılmış olup, bu hasta gruplarında ölçeklerde tespit edilen ağrı derecesi, yapılan tetkik ve görüntüleme yöntemleri ile konulan tanıları desteklemektedir. Kullandığımız bu üç ölçekte de ağrı skorları, orta ve yüksek saptanan hasta gruplarında konulan tanıların, yatış ve tedavi gerektirecek olması, ölçeklerin doğruluğunu ve kullanılabilirliğini göstermektedir. Ağrı skaları görüntüleme kullanımını etkilememektedir. Fakat USG, BT, ADBG kullanım oranları ölçeklere göre farklılık göstermektedir. Hem akut hem kronik ağrıların her iki ölçekle de ayrı ayrı tespit edilebildiği saptandı. Algoplus ve Painad pain davranışsal ağrı ölçeklerinin ağrı değerlendirilmesinde kullanımına uygunluğu ve kolaylığının belirlenebilmesi için randomize kontrollü multisentrik yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Algoplus, Painad, Karın Ağrısı, Geriatrik Hasta

Abstract

EVALUATION OF ABDOMINAL PAIN USING ALGOPLUS AND PAINAD SCALES IN PATIENTS OVER 65 YEARS OLD WITH COMMUNICATION PROBLEM

AIM: It is aimed to evaluate abdominal pain by using algoplus and painad scales in patients over 65 years old with communication problem.

METHODS: This study was carried out with the participation of 256 patients over the age of 65 who applied to the Istanbul Medeniyet University Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital Emergency Medicine Clinic. A prospective observational single-center study was planned. Patients ages, genders, vital signs, education levels, symptoms, comorbidities, diagnosis made in the emergency department, medications used, mini mental state test scores, clinical frailty scores, algoplus scores, painad pain scores and VAS scores were recorded the case data form. Mini mental test, VAS, algoplus and painad scales were used. NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) program was used for statistical analysis.

RESULTS: This study was conducted with the participation of 256 patients, 57.8% (n=148) female and 42.2% (n=108) male. Their mean age was 79,04±8,93 years. Age, symptoms, number of drugs used, and frailty scores of the patients who could not be communicated were found to be significantly higher. The mean of the painad pain scores was 4,37±1,9, algoplus pain scores was 2,82±0,99, and the mean of VAS pain scores was 6,33±1,70. While 60.9% of all cases were hospitalized, 39.1% were discharged. Algoplus and painad scales were used in 47% of the discharged patients, and 53% of the patients hospitalized. VAS, painad pain, algoplus pain scores were found to be high in all hospitalized patient groups. Erect abdominal x-ray imaging was used in 16.2% of all cases, CT imaging in 60.3% and USG in 27.9%. VAS, Painad pain, Algoplus pain scores of the patients who used X-ray imaging method were found to be significantly lower than the patients who used USG and CT imaging. Painad pain and algoplus pain scores were not statistically different in patients who applied USG. However VAS scores in patients who used USG were statistically significant compared to those who did not.

CONCLUSION: The VAS pain scale was used in elderly patients who presented to the emergency services with abdominal pain and could be contacted. Algoplus and Painad pain scales were used in elderly patients who could not communicate. In these patient groups, the degree of pain detected in the scales supports the diagnosis made by examination and imaging methods. Pain scores in these three scales we used indicate the accuracy and usability of the scales, as the diagnoses in the patient groups found to be moderate and high require hospitalization and treatment. Pain scales do not affect imaging use. However, the usage rates of USG, CT, X-Ray differ according to the scales. It was determined that both acute and chronic pains could be detected separately with both scales. Randomized controlled multicentric studies are needed to determine the convenience and ease of use of Algoplus and Painad pain behavioral pain scales in pain assessment.

Keywords: Algoplus, Painad, Abdominal Pain, Geriatric Patient

İçindekiler

Şekil Listesi	x
Tablo Listesi	xi
Kısaltmalar	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 KARIN AĞRISI.....	3
2.1.1 Ağrı.....	3
2.1.2 Karın Ağrısı Türleri.....	3
2.1.3 Epidemiyoloji.....	6
2.2 YAŞLILARDA KARIN AĞRISI.....	6
2.2.1 Akut Ağrı	7
2.2.2 Kronik Ağrı	7
2.2.3 İletişim Kuramayan Yaşlılarda Ağrı Değerlendirilmesi.....	8
2.2.2 İletişim Kuramayan Yaşlılarda Ağrı Değerlendirme Ölçekleri.....	9
2.2.2.1 Algoplus Ağrı Değerlendirme Skalası.....	9
2.2.2.2 Painad Pain Skala.....	10
3. GEREÇ ve YÖNTEM	11
3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI	11
3.2 ÇALIŞMA	12
3.3 DEĞERLENDİRME.....	12
3.4 TEZİN KISITLILIKLARI	14
3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	14
4. BULGULAR	16
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	22
5.1 TARTIŞMA.....	22
5.2 SONUÇ	27
Kaynaklar	30
Ek A. Hasta ve Aile Bilgilendirme Formu	40
Ek B. Veri Toplama Formu	41
Ek C. Eğitimliler İçin Mini Mental Durum Testi	42
Ek D. Eğitimsizler İçin Mini Mental Durum Testi	43
Ek E. Vas Ağrı Ölçeği	44
Ek F. Algoplus Ağrı Ölçeği	45
Ek G. Pained Pain Ağrı Ölçeği	46
Ek H. Klinik Krılganlık Ölçeği (CFS Skoru)	47
Ek I. Etik Kurul Onay Formu	48

Şekil Listesi

2.1:	Ağrının Yerleşim Yeriine Göre Karın Ağrısının Olası Nedenleri	4
2.2:	Yansıyan Ağrıya Neden Olan Soruna İlişkin Organlar	5



Tablo Listesi

4.1:	Tanımlayıcı Özelliklerin Gruplara Göre Değerlendirilmesi	16
4.2:	Gruplara Göre Mini Mental Test Değerlendirme	17
4.3:	Kullanılan Görüntüleme Yöntemlerinin Dağılımı.....	18
4.4:	Ağrı Skorlarının Dağılımları	18
4.5:	Ağrı Skorlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	18
4.6:	Ağrı Skorlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	19
4.7:	Ağrı Skorlarının Ek Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması	19
4.8:	Ağrı Skorlarının En Çok Görülen Ek Hastalık Sonlanım Durumuna Göre Değerlendirilmesi	19
4.9:	Ağrı Skorlarının Hasta Sonlanım Durumuna Göre Değerlendirilmesi.....	20
4.10:	Ağrı Skorlarının Görüntüleme Yöntemlerine Göre Karşılaştırılması	21

ABDG	Ayakta Direk Batin Grafisi
ABY	Akut Böbrek Yetmezliği
AS.....	Acil Servis
BT.....	Bilgisayarlı Tomografi
CFS	Klinik Kırılganlık Skalası
DS-DAT	Discomfort Scale in Dementia of the Alzheimer's Type
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
ICD	International Statistical Classification of Diseases
İYE.....	İdrar Yolu Enfeksiyonu
MMT	Mini Mental Test
NCSS	Number Cruncher Statistical System
NMDA.....	Spinal N-metil-D-aspartat Reseptörleri
PAİNAD.....	Pain Assessment in Advanced Dementia
USA	United States of America
USG.....	Ultrasonografi
VAS	Visual Analog Skala

GİRİŞ

Dünya nüfusu, ortalama yaşam ömrünün artması ve doğum oranlarının azalması ile küresel yaşlanma sürecine girmiştir [\(1\)](#). Türkiye, yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere kıyasla hala genç bir nüfus yapısına sahip olsa da, 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranında son beş yılda %1,3 artış gözlenmiştir [\(2\)](#). Hızlı bir demografik dönüşüm geçiren Türkiye’de yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir [\(2-4\)](#). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemini kronolojik tanımlam-aya göre “yaşlı” olarak kabul etmektedir [\(5\)](#). Yaşlı nüfusun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, fiziksel ve ruhsal gerileme, yaşlılığın en büyük sorunlarından biridir. Yaşlılık dönemi; bireyleri bağımlı hale getiren, kronik hastalık ve sakatlıkların en çok yaşandığı ve sağlık bakım hizmetlerinin en çok ihtiyaç duyulduğu bir dönemdir [\(6\)](#). Yaşlı nüfusun büyüklüğünün hızla artmasıyla birlikte geriatrik popülasyonunun bakımı için ihtiyaç duyulan acil tıbbi kaynak kullanımının fazla olduğu bilinmektedir [\(7-10\)](#).

Yaşlılık döneminin en büyük sağlık sorunlarından biri de ağrıdır. Ağrı; var olan veya olası doku hasarından kaynaklanabilen, bilinçsiz olarak farkına varılan rahatsız edici bir durum olarak tanımlanmaktadır [\(11\)](#). Hastalıkların atipik klinik görünümü, bilişsel bozuklukların ve çoklu komorbiditelerin varlığı, yaşlı hastalarda ağrının değerlendirilmesini ve yönetimini zorlaştırmaktadır [\(12\)](#). Acil servise başvuran geriatrik hastaların büyük çoğunluğunda tanınasal gecikmelere bağlı mortalite riski artmaktadır [\(13-14\)](#). Bu sebeple yaşlı popülasyonda ağrı değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir yöntem hastanın kendi ağrı ifadesidir, fakat ağrılarını anlatmada, tanımlamada güçlük çeken veya tanımlayamayan hasta grupları mevcuttur [\(15\)](#). Yaşlıların, daha çok nörolojik değişikliklere bağlı (Parkinson, demans, sağ beyin hasarı, alzheimer, inme, afazi, disfazi,

konuşma özürülüğü) ağrı değerlendirilmesi oldukça güçtür (16). Bilişsel bozukluğa yol açan bu tip hastalıklarda, farklı nöropatolojik süreçler mevcuttur. Bu sebeple bazı hastalar ağrıyı hissetmezken, bazıları ise fazla ağrı hissetmektedir (17). Yaşlı hastaların ağrı tedavisi alma olasılığı genç hastalara göre %20 daha azdır (18). Altta yatan neden ne olursa olsun, akut ağrının etkili tedavisi acıyı hafifletmek, erken mobilizasyonu sağlamak, deliryum ve kronik ağrıyı önlemek için önemlidir (19). Kronik ağrı; işlevsel yeterliliğin azalmasına, bağımsızlığın kaybına, yaşam kalitesinin bozulmasına, depresyon ya da anksiyete bozukluğuna, uyku ve iştah bozukluklarına, kilo kaybına, bilişsel bozulmaya, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmede yetersizliğe, sağlık hizmetlerinin kullanım ve maliyetindeki artışa ve patofizyolojik problemlere (derin ven trombozu, enfeksiyon, bası yarası, pulmoner emboli) neden olabilmektedir (20-21).

Bu çalışmada acil servise başvuran ve iletişim problemi olan yaşlı hastalarda; karın ağrısının erken tanı alması, kullanılan ölçeklerin iletişim kurulamayan karın ağrısı olan hastalarda etkinliği ve acil servis için uygunluğu, ağrı şiddetinin kırılganlık düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1 KARIN AĞRISI

2.1.1 Ağrı

Ağrı; bilinçsiz olarak fark edilen rahatsız edici bir durumdur [\(22\)](#). Hastalık, yaralanma veya girişimsel işlemlerden sonra oluşan son doku hasarı, lokal inflamatuvar mediatörlerin (bradikinin, P maddesi, prostaglandinler, potasyum, histamin, serotonin, vb) salınımını başlatır. Bu mediatörler, ağrı reseptörleri ile algılanır ve oluşan sinirsel ileti afferent sinir (A, C tipi sinirler) aracılığıyla spinal kordun dorsal boynuzundan kök ganglionlarına taşınır. Spinal N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörleri glutamat ile aktive olur. İleti, dorsal gangliondan ikincil sinirler aracılığıyla merkezi sinir sistemine ulaşır. Ağrı, merkezi sinir sisteminde çoklu kortikal ve subkortikal yapılarda şekillenmektedir [\(23\)](#).

2.1.2 Karın Ağrısı Türleri

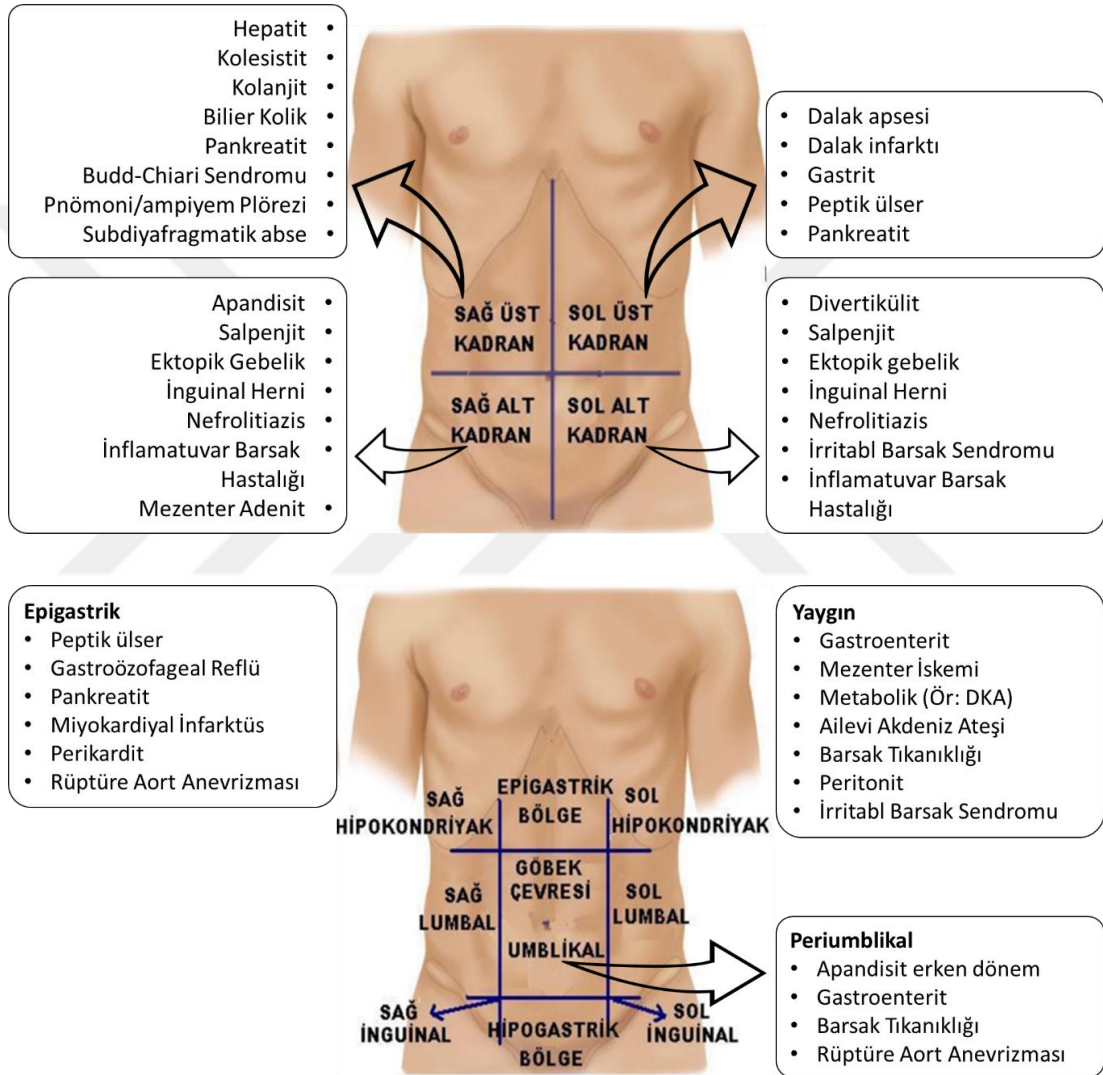
Karın ağrısı üç türe ayrılabilir: viseral, parietal (veya somatik) ve yansıyan ağrı [\(24\)](#).

Viseral ağrı: İçi boş organların duvarlarından, torasik, pelvik veya abdominal bölgedeki viseral organların nosiseptörlerinin aktivasyonundan kaynaklanan ağrıdır [\(25\)](#). Organ kapsülünün veya duvarının gerilmesiyle oluşur, yavaş başlayan ve uzun süren bir ağrı çeşitidir [\(25\)](#).

Parietal ağrı: Ağrı uyaranları, ağrının kaynağı ile aynı taraftaki ve dermatomal seviyedeki spesifik dorsal kök ganglionlarına iletilir. Bu nedenle ağrı daha belirgin (genellikle daha keskin) ve lokalizedir. Parietal peritonun

iskemi, iltihaplanması veya gerilmesi parietal ağrıya neden olur. Keskin rahatsız edici ve hareketle artan ağrılardan oluşmaktadır (25).

Yansıyan ağrı: Hastalıklı organdan uzak bir yerde hissedilmektedir. Farklı yerlerden gelen ağrının santral sinir sistemine taşınmasında ağrıyı alan sinirlerin ortak merkezi yolda seyretmesi ağrıya neden olur ve etkilenen organ ile ağrı aynı tarafta algılanmaktadır (25).

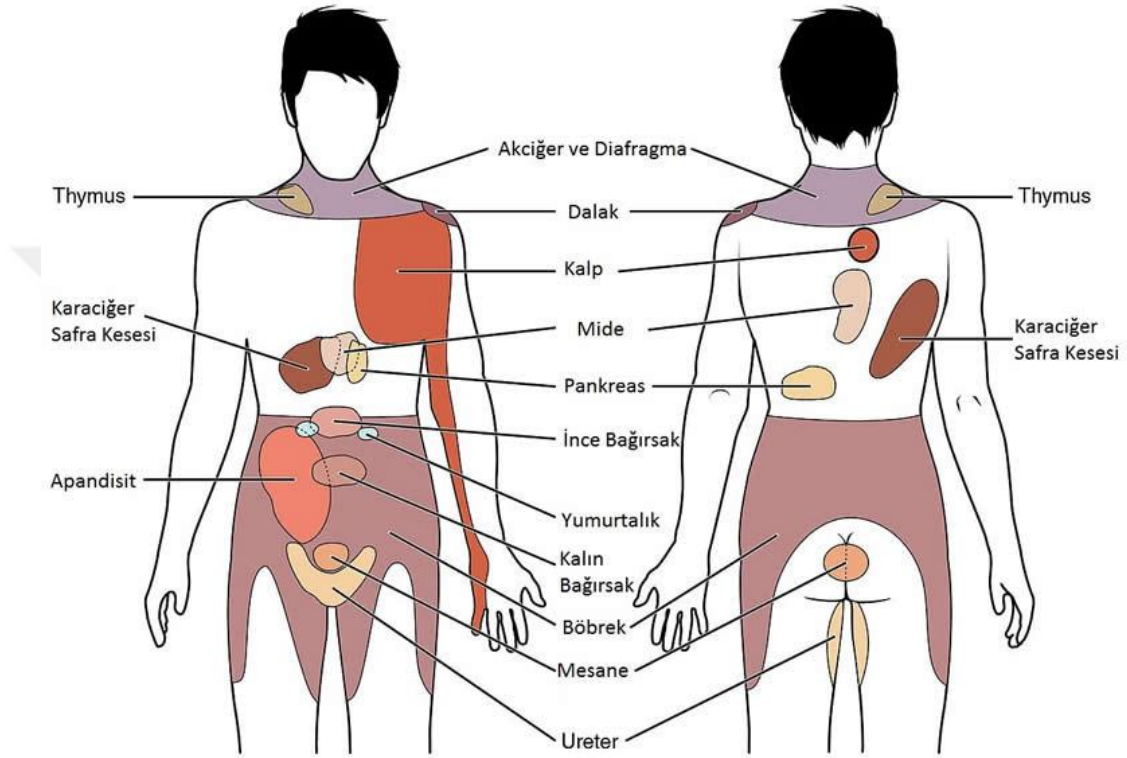


Şekil 2.1: Ağrının Yerleşim Yerine Göre Karın Ağrısının Olası Nedenleri

Tanı koymaya yardımcı olan fizik muayene, anamnez ile tanı arasındaki duyarlılık, ağrının yerleşim yeri ile tanı arasındaki duyarlılıktan daha düşüktür (26).

Ağrının yerleşim yeri ayırıcı tanıyı daraltmaya yardımcı olsa da karın içi patolojiyi doğru bir şekilde teşhis etmek için her zaman yeterli değildir [\[27\]](#).

Karın ağrısı paternlerini inceleyen bir çalışmada, "tipik" muayene bulgularına dayanarak hastaların %70'ine doğru tanı, % 30' una ise yanlış tanı konulduğu saptanmıştır [\[28\]](#).



Şekil 2.2: Yansıyan Ağrıya Neden Olan Soruna İlişkin Organlar

Hastalığın ilerlemesini bağlı olarak, ağrının şiddeti ve yeri zamanla değişebilmektedir. Yansıyan ağrılar genellikle tanıya yardımcı olmaktadır. Ağrının şekli, süresi ve yoğunluğu hastalığın ciddiyeti hakkında ipuçları sağlayabilir. Aort rüptürü veya diseksiyonu, mezenter iskemi vb. gibi hastalıklar başlangıçta şiddetli ağrı ile karşımıza çıkmaktadır. Ağrının aniden şiddetli başlaması, genellikle organ perforasyonu veya iskemi, küçük bir tübüler yapının tıkanması gibi altta yatan ciddi bir bozukluğu yansıtmaktadır. Ani başlayan şiddetli ağrı ve altı saatten uzun süren (ancak 48 saatten az) sürekli veya kötüleşen ağrı daha çok cerrahi nedenleri düşündürmektedir. Cerrahi olmayan nedenler ise daha az ağrılı olma eğilimindedir.

2.1.3 Epidemiyoloji

Karın ağrısı, acil servis (AS) ziyaretlerinin %10'unu oluşturmaktadır (29-32). Gelişmiş tanı yöntemlerine rağmen acil servisten taburcu edilen hastaların yaklaşık %25'inde ve hastaneye yatış yapılanların %41'inde tanı konulamayan karın ağrıları mevcuttur (33-35). Tanı konulamayan karın ağrısı ile taburcu edilen hastaların yaklaşık %80'i, başvurudan sonraki iki hafta içinde iyileşmekte veya ağrısı geçmektedir (35).

Karın ağrısı olan yaşlı hastalarda mortalite genç hastalara göre altı ile sekiz kat fazladır (36-37). Yaşlılar (>65 yaş), acil servis ziyaretlerinin %20'sini oluşturmakta ve bunların %4'ünde karın ağrısı şikayeti bulunmaktadır (36-38). Karın ağrısı olan yaşlı hastalarda artan yaşla birlikte tanısal doğruluk azalmaktadır (39). Yaşlı hastaların yatış ve cerrahi müdahale gereksinimleri genç hastalara oranla daha fazladır (40-43). Karın ağrısı şikayeti olanyaşlı hastaların yaklaşık %60'ı hastaneye yatırılmış, %20'si operatif veya invaziv prosedürler geçirmiş, %10'u acil servise tekrar ziyaret yapmıştır. Tüm hastaların %5'inde iki haftalık takip sonrası mortalite görülmüştür (37).

2.2 YAŞLILARDA KARIN AĞRISI

Yaşlı nüfusun dünyada ve Türkiye'de nüfus dağılımındaki yeri oldukça yüksektir. Yaşlılarda; biyolojik, fizyolojik, duygusal, fonksiyonel değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan davranışsal değişiklikler görülmektedir (44-45).

Karın ağrısı özellikle yaşlı hastalarda özel tanısal zorluklar içermektedir. Yaşlı ve diyabetik hastalarda sıklıkla belirsiz, özgün olmayan şikayetler ve zaman alıcı tetkiklere yol açan, yaşamı tehdit edebilecek durumların tipik olmayan belirti ve bulguları mevcuttur (40-36).

Karın ağrısı, acil hekimleri için tanı konması halen zor klinik bir belirtidir (46). Karın ağrısı, hastalık ile ilişkisiz basit bir belirti olabileceği gibi yaşamı tehdit eden ve cerrahi gerektiren bir durumun habercisi de olabilmektedir. Yaşlı hastalarda karın ağrısı, özellikle sık tanı konulan hastalıklarda tipik olmayan belirtiler vererek tanı konulmasını zorlaştırmaktadır (47-48). Karın ağrısı değerlendirilmesinde; iyi bir anamnez, seri fizik muayene ve görüntüleme yöntemlerinin kullanımı yeterlidir (47).

Yaşlıların hepsinde ağrı belirtisi olmasa da acil servis ortamında ağrının hafife alınması ve yetersiz tedavi edilmesi yaygındır [\(49\)](#). Geçirilmiş inme, enfeksiyona bağlı konfüzyon gibi nedenlerle hastalar genellikle ağrılarını yeterli ifade edememektedir. Sözel iletişim kurabilen yaşlı hastalarda da yaşlılığa bağlı ağrının doğru ifade edilmesi oldukça güçtür. Yaşlanma ile ağrı taşıma yollarındaki değişim nedeni ile bazı yaşlılar ağrıyı hissetmezken bazıları aşırı derecede (allodini, hiperaljezi) hissetmektedir. Bu sebeple yaşlı bireylerin ağrı tedavisi görme oranı genç hastalara göre %20 daha azdır [\(50\)](#).

2.2.1 Akut Ağrı

Akut ağrı; ani başlayan, neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişki bulunan ve iyileşme sürecinde giderek azalıp kaybolan, nosiseptif nitelikte bir ağrıdır [\(24\)](#). Travma, enfeksiyon, doku hipoksisi ve enflamasyonlar akut ağrıya neden olmaktadır. Abdominal ağrı ise acil servislere en sık başvuru nedenleri arasında yer almaktadır [\(51,30\)](#). Karın ağrısı olan yaşlı hastaların acil servis başvurusu, tüm hasta gruplarına kıyasla daha fazladır [\(52\)](#). Karın içi organlardan herhangi birisinde aniden ortaya çıkan ve hayatı tehdit edebilecek kadar ciddi sonuçlara neden olan nontravmatik patolojiler akut karın olarak tanımlanmaktadır [\(53\)](#). Akut karın ağrısı değerlendirilmesi, deneyimli hekimler, pratisyen hekim ve diğer sağlık personeli için oldukça zorlu bir süreçtir [\(54\)](#). Daha az spesifik semptomlarla ortaya çıkan akut karın daha çok cerrahi hastalıklardan kaynaklanan ağrı olarak kabul edilmektedir [\(55,56\)](#). Acil servislerde semptom spesifikliğine bağlı tanısal gecikme veya yanlış ön tanının yüksek mortaliteye yol açtığı bilinmektedir. Bu tür hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik yöntemlerin daha güvenli ana hatlarının belirlemesine ihtiyaç duyulmaktadır [\(38,57\)](#).

2.2.2 Kronik Ağrı

Kronik ağrı, yaşlılar arasında en yaygın sağlık sorunlarından biridir. 65 yaş ve ciddi önemli sakatlık, kronik ağrı ile ilişkilendirilmektedir. Yaşlılarda kronik ağrı ile birlikte hareketlilik, depresyon, anksiyete, sosyal ve ailevi yaşamda bozulmalar görülmektedir [\(58\)](#). Kronik ağrı teşhisi ve tedavisi yaşlılarda nöromüsküler veya bilişsel bir bozukluğun olması nedeniyle oldukça zordur. Hasta iletişimi zor olmakta veya hastalar semptomlarını en aza indirerek bildirmektedir [\(59\)](#). Yaşlılarda kronik ağrı tedavisi; farmakolojik

müdahaleleri, fiziksel rehabilitasyonu ve girişimsel müdahaleleri içeren çok yönlü ve karmaşık bir yaklaşımı içermektedir(59).

Hastalık seyrinin kaçınılmaz sonu olduğuna inanılan kronik ağrı, doku hasarı ile ilişkili olmayan ve üç aydan uzun süren ağrıları kapsamaktadır (60). Kronik ağrı bozukluklarının, yaşlı hastalarda görülme prevalansının, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (59). Nüfusa dayalı araştırmalarda, yaşlıların gençlere kıyasla bel, boyun ve yüz ağrısı prevalansının daha düşük olduğu saptanmıştır (61). Benzer epidemiyolojik çalışmalarda, kas-iskelet ağrısı prevalansının genellikle ilerleyen yaşla birlikte azaldığını, ağrıların yaşla ters orantılı olduğu saptanmıştır (62,63).

2.2.3 İletişim Kuramayan Yaşlılarda Ağrı Değerlendirilmesi

Ağrı; yaşlı popülasyonda yüksek prevalansa rağmen, sıklıkla yetersiz teşhis edilen ve yetersiz tedavi edilen bir hastalıktır (64). İletişim yeteneklerinin kaybına bağlı ağrının bildirilmemesi, yetersiz tedavinin en önemli nedenlerinden biridir. Yaşlanmayla ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin sebep olduğu görme ve işitme duyusunun kaybı, nörolojik, metabolik veya sistemik nedenler (demans, Alzheimer, depresyon, hipoksi, hipovolemi, hipoglisem, asidoz vb.) yaşlı bireylerde bilinç düzeyini etkileyerek iletişim kurmayı zorlaştırmaktadır.

Yaşın ilerlemesiyle görülen nörolojik, fizyolojik değişiklikler yaşlı hastalarda ağrının tanımlamasını oldukça güç bir durum haline getirmektedir (65, 66). Yaşlılarda gelişen bilişsel yeti kaybı, işitme kaybı ve konuşma bozukluğu gibi durumlar, tanı koymaya yardımcı parametrelerin (fizik muayene, anamnez) istenilen düzeyde kullanımını engellemektedir. Yaşlılarda ağrı prevalansı oldukça yüksektir. Ciddi morbiditelere sebep olan ağrı yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (67). Akut veya kronik oluşan ağrıların değerlendirilmesi, özellikle iletişim kurulamayan hastaların ağrısının değerlendirilmesi için güvenilir ağrı değerlendirme ölçeklerine ihtiyaç duyulmaktadır.

2.2.2 İletişim Kuramayan Yaşlılarda Ağrı Değerlendirme Ölçekleri

2.2.2.1 Algoplus Ağrı Değerlendirme Skalası

Doloplus Collective ekibi tarafından sözlü olarak iletişim kuramayan yaşlı hastalarda, akut ağrıyı hızlıca tespit etmek için 5 maddelik Algoplus davranış-değerlendirme ölçeğini tasarlanmıştır. Algoplus, uzman ve bakıcı görüşleri, hasta video kayıtları ve istatistiksel prosedürler dahil olmak üzere birbirini takip eden üç aşamada geliştirilmiştir [\(68\)](#).

Algoplus ile uzmanların klinik yargıları, akut ağrının klinik bulguları veya diğer ağrı skorları (görsel analog skala, sayısal derecelendirme ölçeği ve sözlü tanımlayıcı ölçeği) arasında mükemmel korelasyonlar gözlemlenmektedir [\(69\)](#). Algoplus, yeterli iç tutarlılık (Kuder-Richardson-20, 0.712), mükemmel yorumlayıcılar arası güvenilirlik (sınıf içi katsayı, 0.812) ve belirli ağrı durumları sırasında ve ağrı tedavisine başladıktan sonra değişime karşı yüksek hassasiyet ile iyi ayırt edici geçerlilik göstermektedir.

Akut ağrı durumları olan hastalar için, Algoplus ölçeğinde 5 üzerinden ≥ 2 puanı, sözel iletişim kurulabilen yatan yaşlı hastalarda akut ağrı varlığı için %87 duyarlı ve %80 özgül bulunmuştur. Ağrı değerlendirme süresi çok kısa (< 1 dk) olduğundan tekrarlayan ağrı değerlendirmeleri yapılabilir [\(69\)](#).

Algoplus, iyi psikometrik özelliklere, ağrıdaki değişikliklere ve hızlı ağrı değerlendirmesine karşı yüksek hassasiyete sahip, iletişim kuramayan yaşlı yetişkinlerde akut ağrıyı değerlendirmek için kullanılan davranış derecelendirme ölçeğidir. Güvenilir öz değerlendirmenin mümkün olmadığı tüm durumlarda yaşlılarda akut ağrıyı değerlendirmek ve yönetmek için özel olarak geliştirilmiştir. Ölçek beş maddeden oluşmaktadır. Belirli bir maddede listelenen davranışlardan herhangi birinin gözlemlenmesi, söz konusu madde için "evet" olarak işaretlemek yeterlidir. Bir davranışın, varoluşunun etiyolojik yorumuna bakılmaksızın, basit gözlemi, mevcut olarak işaretlenmesini gerektirir. "Evet" işaretli her maddeye bir puan verilir ve tüm maddelerdeki toplam 5 üzerinden puan verir. Algoplus, 0 ile 5 arasında değişen toplam puanı 2 olan ve ağrıyı düşündüren 5 maddelik bir ölçektir. Puanlama, vakaların %80'inde bir dakikadan daha kısa sürede tamamlanabilir. 2 veya üzeri bir puan ağrıyı %87 duyarlılık ve %80 özgüllükle teşhis eder ve ağrı tedavisinin başlatılması gerektiğini güvenilir bir şekilde

gösterir. Ağrı yönetiminin etkinliğini kontrol etmek için düzenli olarak daha fazla puanlama yapılmalıdır. Algoplus Fransızca, İngilizce, İtalyanca, İspanyolca, Portekizce ve Türkçe olarak çevrilmiş ve onaylanmıştır. İspanya, Avustralya, İtalya, Portekiz, Türkiye ve Kamboçya'daki yatarak tedavi merkezleri ve hastaneler dahil olmak üzere çeşitli popülasyonlarda ve ortamlarda test edilmiştir. Güvenirlilik çalışması mevcuttur [\(69,70\)](#)

2.2.2.2 Painad Pain Skala

Painad ölçeği, ileri demansı olanlarda, klinik olarak anlamlı ağrıyı, kolay ve kısa sürede değerlendirmek için geliştirilmiştir. Literatür taraması sonrası ve uzman klinisyen önerileri ile 2003 yılında geliştirilen ölçek beş öğeden oluşmaktadır; nefes alma, olumsuz seslendirme, yüz ifadesi, beden dili ve teselli edilebilirlik.

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAİNAD) ismi verilen bu araç, geliştirme çalışmasında eğitilmiş değerlendiriciler/uzman klinisyenler tarafından Rahatsızlık Ölçeği ve iki görsel analog skala (rahatsızlık ve ağrı) ile karşılaştırılmıştır, aralarında anlamlı korelasyon saptanmıştır. (Ağrı VAS, DS-DAT ve Rahatsızlık VAS Dinlenme durumunda korelasyon katsayıları sırasıyla 0.75, 0.76 ve 0.76). Ayrıca analjezik sonrası etkinliğin saptanması için de denenmiş ve painad skoru ile ağrı ilişkisi arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Tedavi sonrası painad ağrı skorlarında anlamlı derecede düşmeler saptanmaktadır [\(71,72\)](#). İletişim kurmayan hastalarda ağrı ölçümü için basit geçerli ve güvenilir bir araçtır [\(72\)](#). Davranışlarını puanlamadan önce hastayı beş dakika boyunca gözlemlenerek ölçek uygulanır. Gözlemlenen davranışları 1-3 = hafif ağrı; 4-6 = orta derecede ağrı; 7-10 = şiddetli ağrı şeklinde puanlandı. Hasta, farklı koşullar altında (örneğin dinlenme sırasında, hoş bir aktivite sırasında, bakım sırasında, ağrı kesici ilaç verildikten sonra) gözlemlenebilmektedir. Toplam puan 0-10 puan arasında değişmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI

Bu çalışma 3. basamak bir hastane olan İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde Kasım 2020-Eylül 2021 tarihleri arasında 65 yaş üzeri acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurusu olan, ve iletişim kurulamayan hastalar prospektif olarak çalışmaya dahil edildi.

1. Hastanemize başvuran hastaların triyaj bilgileri
2. Acil serviste kayıt altına alınan hastaların dosyaları
3. Hastanemizin hasta kayıt işletim sisteminden taranan hasta verileri
4. Uluslararası hastalık sınıflaması (ICD-10) tanı kodlama sistemi
5. Sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre tanımlayıcı veri toplama formu kullanılarak araştırmanın değişkenleri belirlenmiştir.

Bu değişkenler aşağıda belirtilmiştir;

1. Yaş
2. Cinsiyet
3. Semptomlar
4. Sistemik Hastalıklar
5. Kullandığı İlaçlar
6. Ev/Huzurevinde bakım durumu
7. Mini mental durum testi skoru
8. Vas skoru
9. Algoplus skoru
10. Painad pain skoru

11. Klinik Kırılgnlık Skoru
12. Görüntüleme yöntemleri
13. Hasta sonlanımı

3.2 ÇALIŞMA

Çalışmaya alma kriterleri;

1. Kasım 2020-Eylül 2021 tarihleri arasında acil servis başvurusu bulunması
2. 65 yaş ve üstünde olması
3. İletişimin güç olması veya kurulamaması
4. İletişim kurulamayan hastalarda bakım veren kişiler tarafından ağrıyı düşündürecek durumların bildirilmesi
5. 65 yaş altı hastalar, alkol uyuşturucu madde alımı, aşırı doz opoid kullanımı, travmatik beyin hasarı gibi bilinç bulanıklığına sebep olarak ağrının doğru değerlendirilmesini etkileyebilecek durumdaki hastalar ve acil serviste exitus kabul edilen hastalar hariç tutulmuştur.

3.3 DEĞERLENDİRME

Etik kurul onayı alındıktan sonra veri toplama süreci bir yıl olarak planlanan prospektif gözlemsel tek merkezli bu çalışma İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde Kasım 2020-Eylül 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çalışmaya acil servis başvurusu olan 65 yaş üstü karın ağrısı nedeni ile gelen vakaların alınması planlanmıştır. Çalışmada iletişim problemi olan 132, iletişim problemi olmayan 124 olmak üzere 256 hasta alındı. Bilinci kötü olan hastaların bilgilendirilmiş onamı birinci derece yakınlarından, olmayan hastaların bilgilendirilmiş onamları ise kendilerinden alındıktan sonra, önceden oluşturulan vaka veri formuna; yaş, cinsiyet, vital bulgular, son bitirdiği okul üzerinden eğitim düzeyi, semptomları, eşlik eden hastalıkları, acil serviste konulan tanısı kullandığı ilaçlar, mini mental durum testi skoru, klinik kırılgnlık skoru, algoplus, painad pain, vas skoru kaydedildi. Mini

mental test, vas, algoplus ve painad ölçekleri çalışmayı yürüten hekim tarafından yapılmıştır.

Mini-mental testte MMT skorunun eğitimli kişilerde 23 veya altında olması, eğitimsiz kişilerde ise 18 ve altında olması durumunda hastalara Algoplus ve Painad ölçekleri, üstünde olması durumunda ise VAS ölçeği uygulandı. Ölçeklerle ağrı skorları değerlendirilen ve her iki hasta grubundan alınan veriler birbiri ile karşılaştırıldı. Algoplus ve painad skorunun acil servise başvuran 65 yaş üzeri iletişim ve bilişsel bozukluğu olan hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği tespit edildi. Ek olarak acil servise başvuran 65 yaş üzeri hastaların kırılabilirlik düzeyleri ve ağrıları arasındaki ilişki ve ağrı şiddetleri değerlendirildi.

Mini-Mental Test (MMT)

Bilişsel işlev değerlendirmesi erişkinlerdeki bilişsel bozukluğun kandidatif olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir [\(73\)](#). On bir sorudan oluşur ve 30 puan üzerinden değerlendirilir. Oryantasyon, anlık ve kısa dönem hafıza, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisan değerlendirilmektedir. Toplam puan 0-30 arasında değişmekte olup, daha yüksek puanlar daha iyi bilişsel fonksiyonu gösterir. Bilişsel bozukluğa işaret etmektedir. Anketin Türkçe geçerliği ve güvenilirliği vardır [\(74\)](#). Uygulanacak anket ekler’de sunulmuştur.

Klinik Kırılabilirlik Skalası (CFS)

Kanada Dalhousie Üniversitesi’nde ‘Kanada Sağlık ve Yaşlanma Çalışması’na (Canadian Study of Health and Aging) dahil edilen 2305 hastada uygulanarak geliştirilmiştir. 5 yıllık takip sonucunda bu ölçüm yönteminin ölüm, sağlık bakım ihtiyacı gibi sonuçları öngörmede güvenilir olduğu gösterilmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri ve komorbid durumların değerlendirildiği ve 1 puanın çok zinde bireyleri 9 puanın ise ileri derecede kırılabilir bireyleri (terminal hasta, yaşam beklentisi 6 aydan kısa olan bireyler) ifade ettiği klinik kararın etkili olduğu bir yöntemdir. Birçok çalışmada hospitalize hastalarda mortalite ve yatış süresi gibi sonuçların öngörülmesinde klinik kırılabilirlik skalasının etkili olduğu gösterilmiştir [\(75\)](#). Uygulanacak anket ekler’de sunulmuştur.

Visual Analog Skala (VAS)

Testin amacı ve uygulanması: Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir. Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır. Hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır. Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir. Güvenli, kolay uygulanabilir (76, 77). Uygulanacak anket ekler’de sunulmuştur.

3.4 TEZİN KISITLILIKLARI

- Pandemi dolayısıyla yeterli hasta sayısının elde edilememesi
- Ölçeklerin sadece çalışmayı yürüten hekim tarafından yapılması

3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher’s

exact test, Fisher-Freeman-Halton exact test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.



BULGULAR

Çalışma Kasım 2020-Eylül 2021 tarihlerinde İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniğine Kliniği'nde; %57,8'i (n=148) kadın, %42,2'si (n=108) erkek olmak üzere toplam 256 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların yaşları 65 ile 115 arasında değişmekte olup, ortalama 79,04±8,93 yıldır.

Tablo 4.1: Tanımlayıcı Özelliklerin Gruplara Göre Değerlendirilmesi

		İletişim problemi		p
		İletişim yok (n=132)	İletişim var (n=124)	
Yaş	Ort±Ss	83,80±7,97	73,97±6,89	^a 0,001**
	Medyan (Min-Maks)	84 (62-115)	72,5 (65-93)	
Cinsiyet; n (%)	Kadın	73 (55,3)	75 (60,5)	^b 0,402
	Erkek	59 (44,7)	49 (39,5)	
Semptom sayısı	Ort±Ss	2,67±0,99	1,90±0,91	^a 0,001**
	Medyan (Min-Maks)	3 (1-6)	2 (1-5)	
Bilinen sistemik hastalık; n (%)	Yok	3 (2,3)	8 (6,5)	^c 0,127
	Var	129 (97,7)	116 (93,5)	
	Diyabet	36 (27,3)	52 (41,9)	
	Hipertansiyon	88 (66,7)	87 (70,2)	
	CA	17 (12,9)	18 (14,5)	
	Nörolojik hastalık	58 (43,9)	8 (6,5)	
	KAH	29 (22,0)	19 (15,3)	
	Diğer	70 (53,0)	47 (37,9)	
Kullanılan ilaç sayısı	Ort±Ss	3,99±2,34	3,42±2,46	^a 0,044*
	Medyan (Min-Maks)	4 (0-10)	3 (0-9)	
Sonlanım durumu; n (%)	Taburcu	47 (35,6)	53 (42,7)	^d 0,274
	Cerrahi klinikler	33 (25,0)	33 (26,6)	
	Dahili klinikler	43 (32,6)	35 (28,2)	
	YB üniteleri	9 (6,8)	3 (2,4)	

^bPearson Chi-Square Test

^cFisher's Exact Test

^dFisher Freeman Halton Test

*p<0,05

**p<0,01

İletişim kurulamayan olguların yaşları, iletişim kurulabilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Gruplara göre olguların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

İletişim kurulamayan olguların semptom sayısı, iletişim kurulabilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Gruplara göre olguların bilinen sistematik hastalığı olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

İletişim kurulamayan olguların kullandığı toplam ilaç sayısı, iletişim kurulabilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,044$; $p<0,05$).

Gruplara göre olguların hastaneden çıkış şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2: Gruplara Göre Mini Mental Test Değerlendirme

		İletişim problemi		p
		İletişim yok (n=132)	İletişim var (n=124)	
Minimental eğitilmiş	<i>Ort±Ss</i>	13,94±8,15	26,94±1,57	^a0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	14 (0-67)	27 (24-30)	
Minimental eğitimsiz	<i>Ort±Ss</i>	7,66±4,09	22,63±3,42	^a0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8 (0-16)	23 (9-28)	
CFS Skoru	<i>Ort±Ss</i>	4,64±1,43	3,06±0,92	^a0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	4 (3-9)	9 (1-8)	

^aMann Whitney U Test

** $p<0,01$

İletişim kurulabilen olguların minimental eğitilmiş değerleri, iletişim kurulamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İletişim kurulabilen olguların minimental eğitimsiz değerleri, iletişim kurulamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İletişim kurulamayan olguların CFS skorları, iletişim kurulabilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 4.3: Kullanılan Görüntüleme Yöntemlerinin Dağılımı

		İletişim problemi		p
		İletişim yok (n=132)	İletişim var (n=124)	
ADBG; n (%)	Yok	61 (85,9)	53 (81,5)	^b 0,489
	Var	10 (14,1)	12 (18,5)	
BT; n (%)	Yok	26 (36,6)	28 (43,1)	^b 0,442
	Var	45 (63,4)	37 (56,9)	
USG; n (%)	Yok	53 (74,6)	45 (69,2)	^b 0,482
	Var	18 (25,4)	20 (30,8)	
Mortalite; n (%)	Yok	126 (95,5)	123 (99,2)	^c 0,121

Gruplara göre olgularda ABDG, BT, USG görüntüleme yöntemlerinin kullanılma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Tüm hastaların %16,2'sine ABDG, %60,3'üne BT ve USG, %27,9'una ise USG görüntüleme yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.4: Ağrı Skorlarının Dağılımları

Painad Pain Ağrı Skoru (n=131)	Ort±Ss	4,37±1,90
	Medyan (Min-Maks)	5 (0-9)
Algoplus Ağrı Skoru (n=131)	Ort±Ss	2,82±0,99
	Medyan (Min-Maks)	3 (0-5)
VAS (n=70)	Ort±Ss	6,33±1,70
	Medyan (Min-Maks)	7 (2-9)

Olguların painad pain ağrı skorları 0 ile 9 değerleri arasında değişmekte olup, ortalaması 4,37±1,90'dır.

Katılımcıların Algoplus ağrı skorları 0 ile 5 değerleri arasında değişmekte olup, ortalaması 2,82±0,99'dur.

Olguların VAS ağrı skorları 2 ile 9 değerleri arasında değişmekte olup, ortalaması 6,33±1,70'dir.

Tablo 4.5: Ağrı Skorlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

		Yaş
Painad Pain Ağrı Skoru	$r^{\dagger}$	0,046
	p	0,598
Algoplus Ağrı Skoru	$r^{\dagger}$	0,059
	p	0,507
VAS	$r^{\dagger}$	0,065
	p	0,475

[†]Spearman Korelasyon Katsayısı

Olguların yaşları ile painad pain ağrı skorları, algoplus ağrı skorları ve VAS ağrı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6: Ağrı Skorlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		Kadın	Erkek	p
Painad Pain Ağrı Skoru	<i>Ort±Ss</i>	4,33±1,9	4,43±1,92	^a 0,668
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	5 (0-9)	5 (0-7)	
Algoplus Ağrı Skoru	<i>Ort±Ss</i>	2,79±1,01	2,86±0,96	^a 0,574
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3(0-5)	3(0-5)	
VAS	<i>Ort±Ss</i>	6,41±1,73	6,2±1,65	^a 0,465
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (2-9)	7 (3-9)	

^aMann Whitney U Test

Cinsiyetlerine göre olguların Painad pain ağrı skorları, Algoplus ağrı skorları ve VAS ağrı skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.7: Ağrı Skorlarının Ek Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması

		Ek Hastalık		p
		Yok	Var	
Painad Pain Ağrı Skoru	<i>Ort±Ss</i>	4,67±2,31	4,37±1,9	^a 0,724
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	6 (2-6)	5 (0-9)	
Algoplus Ağrı Skoru	<i>Ort±Ss</i>	3,33±2,08	2,81±0,96	^a 0,375
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	4 (1-5)	3 (0-5)	
VAS	<i>Ort±Ss</i>	6±1,51	6,35±1,71	^a 0,502
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	6,5 (4-8)	7 (2-9)	

^aMann Whitney U Test

Ek hastalık varlığına göre olguların Painad pain ağrı skorları, Algoplus ağrı skorları, VAS ağrı skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.8: Ağrı Skorlarının En Çok Görülen Ek Hastalık Sonlanım Durumuna Göre Değerlendirilmesi

		Ek Hastalık				
		Kolesistit	Pankreatit	İleus	ABY	İYE
Painad Pain Ağrı Skoru	<i>Ort</i>	4,4	4,2	5,6	4	3,9
Algoplus Ağrı Skoru	<i>Ort</i>	3,11	2,7	3,25	2,88	3,04
VAS	<i>Ort</i>	7,8	7,6	6,9		5,75

Kolesistit, pankreatit, ileus, ABY ve İYE tanısı alan hastaların ağrı ölçek puan ortalamaları Tablo 4.8 de verilmiştir.

Tablo 4.9: Ağrı Skorlarının Hasta Sonlanım Durumuna Göre Değerlendirilmesi

		Çıkış Şekli				p
		Taburcu	Cerrahi Klinikler	Dahili Klinikler	Yoğun Bakım Üniteleri	
Painad	<i>Ort±Ss</i>	3,64±2,04	4,91±1,67	4,51±1,71	5,67±1,58	<i>e0,003**</i>
Pain Ağrı Skoru	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3 (0-7)	5,5 (0-7)	5 (0-9)	6 (2-7)	
Algoplus	<i>Ort±Ss</i>	2,36±1,07	3,13±0,71	2,95±0,92	3,56±0,73	<i>e0,001**</i>
Ağrı Skoru	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	2 (0-4)	3 (1-4)	3 (1-5)	3 (3-5)	
VAS	<i>Ort±Ss</i>	5,45±1,56	7,15±1,58	6,94±1,37	5,67±1,53	<i>e0,001**</i>
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	5 (2-8)	8 (3-9)	7 (4-9)	6 (4-7)	

*eKruskal Wallis Test******p<0,01***

Painad Pain ağrı skoruna göre olguların çıkış şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; Taburcu olanların painad pain ağrı skorları, cerrahi kliniklere ve yoğun bakım ünitelerine sevk edilenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,025$; $p=0,015$; $p<0,05$).

Algoplus ağrı skoruna göre olguların çıkış şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; Taburcu olanların algoplus ağrı skorları, cerrahi kliniklere ve yoğun bakım ünitelerine sevk edilenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,005$; $p=0,008$; $p<0,01$).

VAS ağrı skoruna göre olguların çıkış şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; Taburcu olanların VAS ağrı skorları, cerrahi kliniklere ve yoğun bakım ünitelerine sevk edilenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 4.10: Ağrı Skorlarının Görüntüleme Yöntemlerine Göre Karşılaştırılması

Görüntüleme yöntemi		Ağrı Skorları					
		Painad Pain		Algoplus		VAS	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
ABDG	Yok	5,07±1,48	5 (0-9)	3,05±0,91	3 (0-5)	6,75±1,63	7 (3-9)
	Var	3,7±2,06	3,5 (0-6)	1,8±0,92	2 (0-3)	5,33±1,56	5,5 (3-7)
	<i>p</i>	^a 0,001**		^a 0,043*		^a 0,007**	
USG	Yok	4,87±1,76	5 (0-9)	2,79±1,05	3 (0-5)	6,09±1,77	6 (3-9)
	Var	4,89±1,23	5 (3-7)	3,11±0,83	3 (2-5)	7,4±1,1	7,5 (5-9)
	<i>p</i>	^a 0,290		^a 0,782		^a 0,004**	
BT	Yok	4,5±1,68	5 (0-7)	2,65±1,09	3 (0-5)	6,54±1,69	7 (3-9)
	Var	5,09±1,58	5 (0-9)	3±0,94	3 (0-5)	6,46±1,73	7 (3-9)
	<i>p</i>	^a 0,171		^a 0,174		^a 0,887	

^aMann Whitney U Test**p*<0,05***p*<0,01

ABDG görüntüleme yöntemi kullanılan olguların painad ağrı skorları, kullanılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (*p*=0,001; *p*<0,01).

ABDG görüntüleme yöntemi kullanılan olguların algoplus ağrı skorları, kullanılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (*p*=0,043; *p*<0,05).

ABDG görüntüleme yöntemi kullanılan olguların VAS skorları, kullanılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (*p*=0,007; *p*<0,01).

USG görüntüleme yöntemi kullanılma durumuna göre olguların painad pain ağrı skorları ve algoplus ağrı skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

USG görüntüleme yöntemi kullanılan olguların VAS skorları, kullanılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (*p*=0,004; *p*<0,01).

BT görüntüleme yöntemi kullanılma durumuna göre olguların painad pain ağrı skorları, algoplus ağrı skorları ve VAS skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Çalışma Kasım 2020-Eylül 2021 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Acil Tıp kliniğine yaşlı karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalar prospektif olarak incelenmiştir. Elde edilen bu veriler literatür ışığında tartışılacaktır.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ve cinsiyet durumları incelendiğinde; karın ağrısı ile acil servise başvuran 65 yaş ve üstü tüm hastaların ortalama yaşı 79,04 yıl, iletişim kurulamayan hastaların yaş ortalaması ise 83,80 yıl olarak bulunmuştur. Çalışmaya dâhil edilen kadın hastaların(n=148), erkek hastalardan (n=108) daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Monacelli ve ark. çalışmalarında, katılımcıların %55,2'sinin kadın %44,8'inin ise erkek ve ortalama yaşın 84.80 yıl olduğu bildirmiştir [\[78\]](#). Allione ve ark. çalışmalarında kadınların erkeklerden daha fazla olduğunu bildirmiştir(E/K, 92/165) [\[79\]](#). 65 yaş üstü karın ağrısı şikâyeti ile acil servise başvuran iletişim kurulamayan hastaların cinsiyet durumlarında farklılık saptanmamış olup yaş ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Mercer ve ark. çalışmalarında, 80-89 yaş arasındaki bireylerin %40 ve üzerinin kognitif yetersizlikten yakındıklarını belirtmektedir [\[80\]](#). Yaşın ilerlemesine bağlı görülen nörolojik temelli hastalıklar iletişim problemlerine yol açmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen iletişim kurulamayan hastaların semptom sayısı ve kullandığı ilaç sayısı, iletişim kurulabilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Yaşlı bireylerde semptomlar, hastalık uzun süre devam ettikten sonra ortaya çıkmaktadır [\[40\]](#). Yaşlı hastalarda,

anatomik değişiklikler, enfeksiyonlara yanıtların azalması, vasküler acillerin artması, atipik semptomlar ve iletişim problemleri, gecikmiş başvuruların yanı sıra karın ağrılarının doğru teşhis edilmesini geciktirmektedir [\(81\)](#). Karın ağrısı acil servis başvurularının en sık nedenlerinden biridir. Karın ağrısı başvurularının yaklaşık %20'si kadın hastalardan oluşmaktadır [\(82\)](#). Geriatrik hastalarda birçok kronik hastalığın yanı sıra bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların çeşitliliği, hasta takip ve tedavi sürecinde önemli sıkıntılara yol açmaktadır [\(44\)](#). Özellikle 65 yaş üstü hastalarda bilinç bozukluğu, kuvvet kaybı, konuşma bozukluğu gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır [\(44\)](#). Yaşlı hastalardaki çok farklı sayıda ve gruptan ilaç kullanımı da akut batın bulgularını gizlemekte ve bazı patolojilere sebep olmaktadır [\(83\)](#). İlerleyen yaş ile birlikte kronik hastalıkların artmasına bağlı ilaç kullanımı da artmaktadır [\(84\)](#). Çoklu komorbidite, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilac etkileşimleri olması, ileri yaş, kognitif problemler, görme, işitme ve fonksiyonellikte düşüklük başlıca polifarmasi nedenleri arasındadır [\(84\)](#). Yaşlı hastalarda, her zaman ilaçların fazla kullanılmasından değil, yetersiz kullanılmasından kaynaklanan bazı semptomlar ortaya çıkmaktadır. İletişim kurulamayan hastalarda çoklu ilaç kullanımının komorbid hastalık varlığına, semptomların ise polifarmasiye bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen iletişim kurulamayan hastaların MMT puan ortalaması (eğitilmiş; 13,94±8,15, eğitimsiz; 7,66±4,09) istatistiksel olarak iletişim kurulabilen hastalardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Koçak; acil servise başvuran yaşlı hastaların bilişsel durumlarını incelediği bir çalışmada MMT puan ortalamasını 23.1 olarak bildirmiştir [\(85\)](#). Çalışmamızda MMT puanlarına göre normal olan 111 (%43,3), orta bilişsel bozukluğu olan 58 (%22,6), ağır bilişsel bozukluk olan 58 (%22,6) hasta mevcuttur. İletişim problemi olan hastaların bilinen sistemik hastalık varlıklarına göre; serebrovasküler veya psikiyatrik hastalık, alzheimer, demans, afazi, deliryum travma gibi bilinç bozukluğuna neden olabilecek (alzheimer, demans, svo, parkinson) 58 hasta olduğu gözlenmiştir. İletişim kurulabilen hastalarda ise sadece altı hastanın bilinen nörolojik (parkinson, svo, alzheimer) bir tanısı olduğu saptanmıştır. MMT, hastaların normal, orta ve ağır bilişsel bozuklukların belirlenmesine ve tanı koyulmasına yardımcı olmaktadır [\(86-88\)](#). Yapılan çalışmalarda acil servise başvuran hastalarda

yaşın artması ile bilişsel bozukluk sıklığının arttığı bildirilmektedir [\(89-92\)](#). Komorbid hastalık, eğitim durumu ve yaşın MMT ile negatif yönde korelasyon sağladığı çalışmalar mevcuttur [\(85, 93\)](#). Çalışmamızda MMT puanlarına göre normal olan 111(%43,3), orta bilişsel bozukluğu olan 58 (%22,6), ağır bilişsel bozukluk olan 58 (%22,6) hasta mevcuttur. Çalışmamızda MMT skorunun düşük bulunmasına rağmen bilinç bulanıklığına sebep olabilecek bir hastalık tanısının olmaması, fizyolojik, nörolojik, psikolojik ve davranışsal değişikliklerin yaşın ilerlemesinin doğal bir seyri olarak kabul edilmesi veya yeni gelişmiş olan bilişsel durumların pandemi sürecinde bakıcılar tarafından hastaların hastane ortamından uzak tutma isteğinden kaynaklı yakın tarihlerde nörolojik muayenenin yapılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen iletişim kurulamayan hastaların CFS kırılabilirlik skorları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Kırılabilirlik yaşlı bireylerin sağlık durumlarını ve sağlık bakım gereksinimlerini belirlemede önemli bir kriterdir. Yaşın ilerlemesi ile artan kronik hastalıklar ve çoklu ilaç kullanım durumu kırılabilirlik skorunu artırmaktadır [\(94\)](#). Çalışmamızda 65 yaş üstü hastaların çoklu ilaç kullanımı ve kronik hastalık varlığı mevcut olup buna bağlı kırılabilirlik skorunun arttığı düşünülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların ağrı skorları değerlendirildiğinde painad pain ağrı skoru ortalama değeri $4,37 \pm 1,90$, Algoplus ağrı skorları ortalama değeri $2,82 \pm 0,99$, VAS ağrı skorları ortalama değeri $6,33 \pm 1,70$ olarak saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, ek hastalık varlığına göre olguların painad, algoplus, VAS ağrı skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bilişsel bozukluğu olan, sözel iletişimin sağlanamadığı veya ağrı değerlendirilmesi için yeterli iletişimin kurulamadığı hastalarda algoplus ve painad ağrı ölçekleri yüksek duyarlılık ve güvenilirlik sağlamaktadır [\(72, 69\)](#). İletişim kurulamayan ve farklı ağrı tiplerinin değerlendirildiği benzer bir çalışmada painad ileri demans hastalarının kronik ağrılarını belirlemede en uygun ölçek olarak bildirilmiştir [\(95\)](#). İletişim problemi olan yaşlı yetişkinlerde akut ağrı değerlendirilmesi için geliştirilen algoplus davranışsal ağrı ölçeği klinik uygulamada hızlı ve güvenilir olduğu için son yıllarda klinisyenlerin kronik ağrı değerlendirmesinde de tercih ettikleri bildirilmektedir [\(96\)](#). Algoplus ölçeği kullanılarak, karın ağrısı, göğüs ağrısı,

uzuv ağrısı, yaygın ağrı, sırt ağrısı gibi akut gelişen ağrıların değerlendirildiği benzer bir çalışmada algoplus ölçek puan ortalaması 2.1 olarak bulunmuştur [\(97\)](#). Schuler ve ark. çalışmalarında hemşirelerin ağrısız hastalar için bildirdikleri painad ağrı ölçek puan ortalamasının 2,3 olduğunu ve ağrılı hastalar için bu skorun daha yüksek olduğu bildirmiştir [\(98\)](#). İletişim problemi olan ve olmayan huzur evi hastaların da painad ağrı değerlendirilmesi yapılmış ve ağrı bildiriminde bulunan hastaların ağrı ölçek puanı 1.4-3.7 arasında değişmekteyken, iletişim problemi olan hastalarda hemşirelerin raporlamalarına göre ağrı skorları 1.9-4.4 puan arasında olduğu bildirilmiştir [\(99\)](#). Çalışmamız literatür taramaları ile uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup iletişim problemi olan hastalarda her iki davranışsal ağrı ölçekleri ile yapılan karın ağrısı değerlendirmesi sonucu hastalarda tedavi gerektiren ağrılar saptanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların sonlanım durumları incelendiğinde; yatış yapılan tüm hastaların; painad pain, algoplus, VAS ağrı skorları taburcu olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır.

Acil servislerde karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda en sık görülen patoloji kolesistittir. Akut kolesistit tanısı alan 19 hastanın %57,8'i iletişim kurulamayan hastalardan oluşmaktadır. Algoplus ve painad davranışsal ağrı ölçeği uygulanan hastalara her iki ölçek değerlendirme sonucuna göre ağrı saptanmıştır. Painad ağrı ölçeğine göre hafif ve orta derecede ağrı tespit edilen hastalarda, algoplus ağrı ölçeğine göre ise analjezi gerektiren şiddetli ağrılar olduğu saptanmıştır. iletişim kurulan akut kolesistit tanısı alan hastalarda VAS ağrı ölçeğine göre çok şiddetli ağrı (7-10) saptanmıştır.

Akut pankreatit tanısı alan iletişim kurulamayan hastalarda davranışsal ağrı ölçeklerine göre ağrı değerlendirilmesi incelendiğinde; algoplus ağrı ölçeğine göre şiddetli ağrısı olduğu belirlenen hastaların, painad ağrı ölçeğine göre orta şiddette ağrısı olduğu saptanmıştır. Vas ağrı skalasına göre değerlendirilen pankreatit tanısı alan hastalarda ise çok şiddetli ve dayanılmaz ağrı skorları tespit edilmiştir. ABY tanısı ile yatışı yapılan hastaların algoplus ve painad davranışsal ağrı ölçekleri arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. İleus tanısı alan tüm hastaların tüm ağrı ölçeklerinde şiddetli ağrı tespit edilmiştir. İYE tanısı alan hastaların ağrı değerlendirilmesinde, ağrı şiddeti hafif olsa da algoplus ağrı ölçeği ile bu

ağrılarının tespit edildiği, painad ağrı ölçeğine göre daha belirleyici ölçek olduğu sonucuna varılmıştır. Algoplus ağrı ölçeğine göre ağrısı olmayan hastaların painad ağrı ölçeğine göre de ağrılarının olmadığı sonucuna varılmış fakat painad ağrı ölçeğine göre ağrısı olmayan hastaların algoplus ağrı ölçek puanına göre analjezi gerektirecek şiddette ağrısı olduğu saptanmıştır. Algoplus ölçek puanına göre şiddetli ağrı belirlenen hastaların painad ağrı ölçek puanına göre de şiddetli ağrısı olduğu tespit edilmiştir. Literatür çalışmalarında benzer çalışmalar olmadığı için kıyaslama yapılamamıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %16,2'sine ADBG, %60,3'üne BT, %27,9'una ise USG görüntüleme yöntemi kullanılmıştır. ADBG görüntüleme yöntemi kullanılan hastaların VAS, Painad pain, Algoplus ağrı skorları USG ve BT görüntüleme kullanılan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. USG kullanılan hastaların sadece VAS ağrı skoru yüksek bulunmuş BT kullanım durumu ise hiçbir ağrı ölçeğine göre anlamlı bulunmamıştır. Tüm hasta gruplarına göre olgularda ABDG, BT, USG görüntüleme yöntemlerinin kullanıma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Ağrı ölçek puanlarından bağımsız görüntüleme yöntem tercihlerinde bulunulmuştur. Bilişsel bulanıklığı olan hastaların karın ağrısı değerlendirilmesi oldukça güçtür ([100](#), [101](#)). Ağrısını ifade edemeyen hastalarda kullanılan ağrı değerlendirme yöntemleri akut bakım ortamlarında yeterli değildir ([102,103](#)). Tedavinin ihmal edilmemesi, yaşlı bireyin yaşam kalitesinin bozulmaması ve mortalitenin önlenmesi için ek tanı yöntemleri kullanılmaktadır ([104](#)). Benzer çalışmalarda 65 yaş üstü karın ağrısı olan hastalarda, ağrı değerlendirilmesi sonucu görüntüleme tetkik istemine başvurulduğu ve USG görüntüleme kullanımının sınırlı saatlerde mümkün olduğu bildirilmiştir ([105](#), [106](#)). 65 yaş üstü hastalarda karın ağrısı değerlendirilmesinde negatif USG sonrası yüksek tanısal doğruluğundan dolayı en çok BT kullanıldığı bildirilmiştir ([106](#), [107](#)). Görüntüleme yöntemleri kullanılan hastaların algoplus ve painad pain ağrı ölçek puan ortalaması kullanılmayan hastalara göre daha düşük saptanmıştır. Çalışmamızda da ağrı değerlendirilmesinin yeterli yapılamadığı yaşlı hastalarda tanısal doğruluğu ve alternatif tanı önerisinden dolayı BT görüntüleme yöntemi kullanımının fazla olduğu saptanmıştır. Ağrısını ifade edebilen hastalarda ise USG görüntüleme yönteminin fazla kullanıldığı

gözlenmiştir. USG pankreatit, kolesistit, apandisit gibi abdominal acillerde, hızlı ve kolay uygulanabilir olması ve radyasyon içermemesi nedeniyle en çok tercih edilen görüntüleme yöntemlerinden biridir. USG' nin sağ üst kadranda ağrılarında sensitivitesi diğer görüntüleme yöntemlerine göre daha yüksektir. Bu yüzden ağrının yerini tarif edebilen hastalar, hekime olası tanılara göre görüntüleme yöntemlerinde seçenek sunmaktadır.

5.2 SONUÇ

- Çalışmaya toplam 256 hasta dahil edildi.
- Tüm olguların yaşları 65 ile 115 arasında değişmekte olup, ortalama $79,04 \pm 8,93$ yıldır.
- Çalışma %57,8'i (n=148) kadın, %42,2'si (n=108) erkek hastadan oluşmaktadır.
- Gruplara göre yaş, bilinen sistemik hastalık, kullandığı toplam ilaç sayısı, minimal durum, CFS skorları iletişim kurulamayanlarda istatistiksel olarak yüksek saptandı.
- Painad pain ağrı skoru ortalaması $4,37 \pm 1,90$, Algoplus ağrı skorları ortalaması $2,82 \pm 0,99$, VAS ağrı skorları $6,33 \pm 1,70$ olarak bulundu.
- Yaş, cinsiyet ve ek hastalık durumlarının kullanılan ağrı ölçeklerinde skorlarını etkilemediği saptandı.
- Tüm hastaların %61' ine yatış yapıldı, %38,9'u ise taburcu edildi.
- Taburcu edilen hastaların %53' üne VAS, %47' sine ise algoplus ve painad pain davranışsal ağrı ölçeği uygulandı.
- Yatışı yapılan tüm hastaların, taburcu edilen hastalara göre ağrı skorları daha yüksek bulundu.
- VAS ölçeği uygulanan hastaların %52,4'üne, Algoplus ve Painad ölçeği uygulanan hastaların %53,3'üne ise en az bir görüntüleme yöntemi kullanıldığı saptandı.
- Tüm olguların %16,2'sine ADBG, %60,3'üne BT ve USG; %27,9'una ise USG görüntüleme yöntemi kullanıldı.

- ADBG görüntüleme yöntemi kullanılan hastaların VAS, Painad pain, Algoplus ağrı skorları USG ve BT görüntüleme kullanılan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı.
- USG görüntüleme yöntemi kullanılan hastaların VAS skorları diğer ölçeklere göre anlamlı yüksek bulundu.
- BT görüntüleme yöntemi kullanım durumunda ağrı ölçeklerine göre farklılık saptanmadı.
- Acil servislere karın ağrısı ile başvuran, kendini ifade edebilen yaşlı hastalarda VAS ağrı ölçeği, kendini ifade edemeyen yaşlı hastalarda Algoplus ve Painad ağrı ölçekleri kullanılmış olup, bu hasta gruplarında ölçeklerde tespit edilen ağrı derecesi, yapılan tetkik ve görüntüleme yöntemleri ile konulan tanılar desteklemektedir.
- Aynı zamanda kullandığımız bu 3 ölçekte de ağrı skorları, orta ve yüksek saptanan hasta gruplarında konulan tanıların, yatış ve tedavi gerektirecek olması, ölçeklerin doğruluğunu ve kullanılabilirliğini göstermiştir.

Acil servislerde ağrı ölçeklerinin uygulanması zor ve zaman alıcı gibi gözüksede, uygulama kolaylığı ve güvenilirliğinin yüksek olması sebebiyle iletişim kurulamayan yaşlı hastalarda, akut ve kronik ağrılarda algoplus ve painad ağrı ölçeği kullanımı önerilmektedir. Literatür taramalarında daha çok Painad, ileri demans hastalarının kronik ağrılarını belirlemede, Algoplus ölçeğinin ise akut gelişen ağrılar değerlendirilmesinde etkinliğinden bahsedilmektedir. Ancak çalışmamızda Painad ağrı ölçeğine göre hafif ve orta şiddette ağrısı olan hastalarda, akut ağrı değerlendirilmesinde etkinliği ispatlanmış Algoplus ağrı ölçeği ile analjezi gerektiren ağrılar tespit edilmesi, Algoplus ölçeğine göre ağrı tespit edilmeyen hastalarda painad ölçeği ile de ağrı tespit edilmemesi, Painad ağrı ölçeğinin acil serviste akut ağrı da kullanılabilirliğini göstermektedir.

Hem akut hem kronik ağrılar her iki ölçekle de ayrı ayrı tespit edilebildiği saptanmış olup Algoplus ve Painad pain davranışsal ağrı ölçeklerinin ağrı değerlendirilmesinde kullanımına uygunluğu ve kolaylığının belirlenebilmesi

için randomize kontrollü multisentrik yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



Kaynaklar

1. Gürsoy Çuhadar, Seyran Ve Kuvvet Lordoğlu. "Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye'de Yaşlanma Ve Sorunlar." *Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi* 54 (2016).
2. TC. Aile Ve Çalışma Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 'Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020)' <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf> Erişim tarihi: 01.02.2021.
3. TC. Kalkınma Bakanlığı, "On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Yaşlanma" Özel İhtisas Komisyon Raporu. Ankara 2018. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content>.
4. İstatistiklerle Yaşlılar, 2020.(2021, Mart) Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni,37227.
5. Garip, Gary R., Edwin H. Chen ve Arthur B. Sanders. "Yaşlı hastalar tarafından acil servislerin kullanımı: çok merkezli bir veri tabanından tahminler." *Acil tıp Annals* 21.7 (1992): 819-824.
6. Danış, Mehmet Zafer. "Türkiye'de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık Ve Yoksulluk Durumları Ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar." *Toplum Ve Sosyal Hizmet* 20.1 (2009): 67-84.
7. Mert E. Geriatrik hastaların acil servis kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2006;9(2):70-74.
8. Satar S, Sebe A, Avcı A, Karakuş A, İçme F. Yaşlı hasta ve acil servis. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;29:43-50.
9. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, Arslantaş D, İnan OÇ. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2003;6(3):83-88.

10. Vanpee D, Swine CH, Vandebossche P, Gillet JB. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital located in a rural area. *European Journal of Emergency Medicine*. 2001;8:301-304.
11. Pain management. In: Clinical anesthesiology. Morgan GE, Mikhail MG. 1996, 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc., s. 274-316.
12. Samaras et al. Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine* 2010;56(3):261-69.
13. Ciccone A, Allegra JR, Cochrane DG, Cody RP, Roche LM. Age related differences in diagnoses within the elderly population. *Am J Emerg Med* 1998;16:43-8
14. Fenyo G. Acute abdominal disease in the elderly: experience from two series in Stockholm. *Am J Surg* 1982; 143: 751-4.
15. Dağlar, Gülseren, And Naim Nur. "Huzurevinde Ve Evinde Kalan Yaşlılarda Ağrı Düzeyi Ve Ağrıyla Başetme Yöntemleri." 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2012.
16. Keskin, Ahmet, Et Al. "Yaşlanma Ve Yaşlılıkla İlgili Nörolojik Hastalıklar/Aging And Senility Related Neurologic Diseases." *Osmangazi Tıp Dergisi* 38.1.
17. Kara, Hakan, and Ercan Abay. "Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım/Psychiatric approach to chronic pain." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 1.2 (2000): 89.
18. Platts-Mills, Timothy F., et al. "Older US emergency department patients are less likely to receive pain medication than younger patients: results from a national survey." *Annals of emergency medicine* 60.2 (2012): 199-206.
19. Geriatric emergencies. Murdoch, Iona, et al.: John Wiley & Sons Incorporated, 2015.
20. A geriatrician's guide to. Perret, Danielle Marie, Josephine Rim, and Adrian Cristian. 22.2:331-54, *Clinics in geriatric medicine*, 2006.

21. Birinci Basamakta Yaşlı Hastalarda Ağrı Yönetimi. Karşlı, Bilge, And Melahat Akdeniz. 2.2:48-56, Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular , 2011.
22. Pain management. In: Clinical anesthesiology. Morgan GE, Mikhail MG. 1996, 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc., s. 274-316.
23. Oct, Argoff C. Mechanisms of pain transmission and pharmacologic management. Curr Med Res Opin. 2011 ve 21916528., 27(10):2019-31.
24. Aydın, Osman Nuri. "Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış." (2002).
25. Tintinalli J. Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide. *McGrawHill Education*.
26. Yamamoto W, Kono H, Maekawa M, Fukui T. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an epidemiologic approach to clinical practice. *J Epidemiol*. 1997 Mar;7(1):27-32.
27. Morley EJ, Bracey A, Reiter M, Thode HC Jr, Singer AJ. Association of Pain Location With Computed Tomography Abnormalities in Emergency Department Patients With Abdominal Pain. *J Emerg Med*. 2020 Oct;59(4):485-490.
28. Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. *Br Med J*. 1972 Aug 12;3(5823):393-8.
29. Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, Rudolf LE, Wangenstein SL. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. *Am J Surg*. 1976 Feb;131(2):219-23.
30. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med*. 1995 May;13(3):301-3.
31. Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am*. 1996 Aug;14(3):615-27.
32. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2003 Feb;21(1):61-72,
33. Irvin TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg*. 1989 Nov;76(11):1121-5.

34. Jess P, Bjerregaard B, Brynitz S, Holst-Christensen J, Kalaja E, Lund-Kristensen J, Matzen P. Prognosis of acute nonspecific abdominal pain. A prospective study. *Am J Surg*. 1982 Sep;144(3):338-40.
35. Lukens TW, Emerman C, Effron D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain. *Ann Emerg Med*. 1993 Apr;22(4):690-6.
36. Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, Gerson LW, Blanda M, Lewis LM. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med*. 2005 May;23(3):259-65.
37. Lewis LM, Banet GA, Blanda M, Hustey FM, Meldon SW, Gerson LW. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: a prospective, multicenter study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005 Aug;60(8):1071-6.
38. Kizer KW, Vassar MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *Am J Emerg Med*. 1998 Jul;16(4):357-62.
39. Clavien PA, Junod P, Chapuis G. A prospective study of 776 cases of acute non-traumatic abdominal pain. Acute appendicitis and its diagnosis. *Schweiz Med Wochenschr*. 1987;117:1205-1212.
40. Cooper GS, Shlaes DM, Salata RA. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis*. 1994 Jul;19(1):146-8.
41. Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, Menkes ED, Doehring MC. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Acad Emerg Med*. 1998 Dec;5(12):1163-8.
42. de Dombal FT. The OMGE acute abdominal pain survey. Progress report, 1986. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 1988;144:35-42.
43. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med*. 1990 Dec;19(12):1383-6.
44. Özen, Yahya Kemal. Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda ağrı şiddeti ile klinik seyir arasındaki ilişkinin incelenmesi. Diss. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2006.
45. Akgün, Seva, Coşkun Bakar, and İrem Budakoğlu. "Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri." *Türk Geriatri Dergisi* 7.2 (2004): 105-110.

46. Henden Çam, Pınar, et al. "Investigation of geriatric patients with abdominal pain admitted to emergency department." *Current gerontology and geriatrics research* 2018 (2018).
47. Kaya, Ergun, et al. "Evaluation of physical examination findings in acute abdominal patients who apply to emergency service." *Middle East Journal of Internal Medicine* 6.2 (2013): 3-8.
48. Karakuş, Ali, Ergün Kaya, and Güven Kuvandık. "Acil serviste karın ağrısına yaklaşım." *The Journal of Turkish Family Physician* 9.2 (2018): 59-67.
49. Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain*. 2007 Jun;8(6):460-6.
50. Older US emergency department patients are less likely to receive pain medication than younger patients: results from a national survey. Platts-Mills TF, Esserman DA, Brown DL, Bortsov A V, Sloane PD, McLean SA. 60(2):199-206, *Ann Emerg Med*, 2012.
51. McCaig LF, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2001 emergency department summary. *Adv Data*.2003;335:1-29.
52. Wofford JL, Schwartz E, Timerding BL, et al. Emergency department utilization by the elderly: analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Acad Emerg Med*.1996;3:694-69.
53. Turan, Mustafa, et al. "Yeni Gelişmeler Işığında Akut Karın." *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 24 (2002): 45-52.
54. Arenal, Juan J., and Michael Bengoechea-Beeby. "Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly." *Canadian journal of surgery* 46.2 (2003): 111.
55. Parker LJ, Vukov LF, Wollan PC. Emergency department evaluation of geriatric patients with acute cholecystitis. *Acad Emerg Med*. 1997 Jan;4(1):51-5.
56. Watters, James M., et al. "Immediate postoperative enteral feeding results in impaired respiratory mechanics and decreased mobility." *Annals of surgery* 226.3 (1997): 369.

57. Laurell, Helena, L-E. Hansson, and Ulf Gunnarsson. "Acute abdominal pain among elderly patients." *Gerontology* 52.6 (2006): 339-344.
58. Gloth III, F. Michael, ed. Handbook of pain relief in older adults: an evidence-based approach. Springer Science & Business Media, 2010.
59. Schwan, Josianna, Joseph Sclafani, and Vivianne L. Tawfik. "Chronic pain management in the Elderly." *Anesthesiology clinics* 37.3 (2019): 547-560.
60. Thielke, Stephen, Joanna Sale, and M. Carrington Reid. "Aging: are these 4 pain myths complicating care?." *The journal of family practice* 61.11 (2012): 666.
61. National Center for Health Statistics (US. "Health, United States, 2006: With chartbook on trends in the health of Americans." (2006).
62. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain*. 2003;102:167–178.
63. Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ, et al. The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Ann Intern Med*. 2010;153:563–569.
64. Hemmingsson, E.-S.; Gustafsson, M.; Isaksson, U.; Karlsson, S.; Gustafson, Y.; Sandman, P.-O.; Lövhelm, H. Prevalence of Pain and Pharmacological Pain Treatment among Old People in Nursing Homes in 2007 and 2013. *Eur. J. Clin. Pharm*. 2018, 74, 483–488.
65. Dahlen, Larry, Lani Zimmerman, and Cecilia Barron. "Pain perception and its relation to functional status post total knee arthroplasty: a pilot study." *Orthopaedic Nursing* 25.4 (2006): 264-270.
66. Kamel, Hosam K., et al. "Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents." *Journal of Pain and Symptom Management* 21.6 (2001): 450-455.
67. Özyalçın NS. Yaşlı Hastalarda Ağrı Kontrolünde İnvaziv Girişimler. *Ağrı*. 2004;16(2): 26-36. .
68. Bonin-Guillaume, S., et al. "Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients." *European Journal of Pain* 20.7 (2016): 1185-1193.
69. Rat, Patrice, et al. "Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus®." *European Journal of Pain* 15.2 (2011): 198-e1.

70. Pickering, Gisèle, et al. "Reliability study in five languages of the translation of the pain observational scale Algoplus." *Pain Medicine* 19.2 (2018): 252-261.
71. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Feb;31(2):170-92.
72. Warden, Victoria, Ann C. Hurley, and Ladislav Volicer. "Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAİNAD) scale." *Journal of the American Medical Directors Association* 4.1 (2003): 9-15. .
73. Folstein MF, Folstein JE, McHugh PR. (1975). "Mini Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 12: 189- 198.
74. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental TestinTürk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2002;13(4):273-281 .
75. Cihangiroğlu Ünal, Nurefşan. "Hospitalize Yaşlı Hastalarda Kırılğanlığın ve Etkilerinin Değerlendirilmesi." (2018).
76. Downie WW, Leatham PA, et al. Studies with pain rating scales. *Annals Rheumatic Diseases* 37: 378-381, 1978 .
77. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health* 13: 227-236, 1990.
78. Monacelli, Fiammetta, et al. "Algoplus® scale in older patients with dementia: a reliable real-world pain assessment tool." *Journal of Alzheimer's Disease* 56.2 (2017): 519-527.
79. Allione, Attilio, et al. "Determinants of inappropriate acute pain management in old people unable to communicate verbally in the emergency department." *Turkish journal of emergency medicine* 17.4 (2017): 160-164.
80. Mercer, B.F. Evaluating Memory Loss in Older Woven. *Women's Health in Primary Care*, 1.10 (1998) .
81. Durukan, Polat, Ç. Ev Yunsur ve K. Mustafa Yıldız. " acil servise karın ağrısıyla başvuran yaşlı hastaların değerlendirilmesi." *Türk Geriatri Dergisi* 8.3 (2005): 111-114.

82. Fagbohun CF, Toy EC, Baker B. The evaluation of acute abdominal pain in the elderly patient. *Prim Care Update*.
83. Ersel, M. "Geriatrik hastada akut karın ağrısına yaklaşım." *Ege Tıp Dergisi* 53 (2014).
84. Doğrul, Rana Tuna, et al. " Polifarmasi ve Yaşlıda Akılcı İlaç Kullanımı Kavramı." *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics*. 2016;2(2):1-6.
85. Koçak, Pınar. Acil Servise Başvuran 65 Yaş Ve Üzeri Erken Dönemde Mini Mental Test Sonucu 25 Puan Ve Altı Olan Hastalarda Demans Değerlendirilmesi (İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Acil Tıp Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi,2017).
86. O'Connor DW, Pollitt PA, Treasure FP, Brook CP, Reiss BB: The influence of education, social class and sex on Mini-Mental State scores. *Psychol Med* 1989, 19(3):771- 776.
87. Fabrigoule C, Lechevallier N, Crasborn L, Dartigues JF, Orgogozo JM: Inter-rater reliability of scales and tests used to measure mild cognitive impairment by general practitioners and psychologists. *Curr Med Res Opin* 2003, 19(7):603-8.
88. Tierney MC, Szalai JP, Dunn E, Geslani D, McDowell I: Prediction of probable Alzheimer disease in patients with symptoms suggestive of memory impairment. *Arch Fam Med* 2000, 9(6):527-532. .
89. Kuşoğlu, Levent, Cem Oktay, and Özlem YİĞİT. "Acil Servise Başvuran 50 Yaş ve Üzeri Hastalarda Bilişsel Fonksiyon Bozukluğu." *Akdeniz Tıp Dergisi* 7.2 (2021): 258-267.
90. Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS, Scherr PA, Cook NR, Chown MJ, Hebert LE, Hennekens CH, Taylor JO. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. Higher than previously reported. *JAMA* 1989; 262(18):2551-6.
91. Chandra V, Ganguli M, Pandav R, Johnston J, Belle S, DeKosky ST. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in rural India: the Indo-US study. *Neurology* 1998; 51(4):1000-8.
92. Visser PJ, Verhey FR. Mild cognitive impairment as predictor for Alzheimer's disease in clinical practice: effect of age and diagnostic criteria. *Psychol Med* 2008; 38(1):113- 22.

93. Karcioğlu, Özgür, et al. "Acil Serviste 65 yaş üzerindeki olguların mental durum değerlendirmesinde "Kısa Kognitif Muayene" ve "Kısa Bilişsel Durum" testlerinin karşılaştırılması." (2001).
94. Pala, Fahriye, And Melike Yalçın Gürsoy. "Türkiye’de Yaşlı Kırılganlığını Konu Alan Araştırmalar: Sistemantik Bir İnceleme." *Farklı Boyutlarıyla Sağlık* (2020): 67.
95. Van Herk, Rhodée, et al. "Observation scales for pain assessment in older adults with cognitive impairments or communication difficulties." *Nursing Research* 56.1 (2007): 34-43.
96. Martin, Elodie, et al. "Concordance of pain detection using the Doloplus and Algoplus behavioral scales." *Journal of the American Geriatrics Society* 64.10 (2016): e100-e102.
97. Pickering, Marie-Eva, et al. "Acute Pain Evaluation with Algoplus® Scale in Cambodian Patients." *Pain Medicine* 14.12 (2013): 1971-1976.
98. Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44:.
99. Zwakhalen, Sandra MG, Jenny T. van der Steen, and Majdoleen D. Najim. "Which score most likely represents pain on the observational PAINAD pain scale for patients with dementia?." *Journal of the American Medical Directors Association* 13.4 (2012): 384-389.
100. Shega, Joseph W., et al. "Pain in community-dwelling persons with dementia: frequency, intensity, and congruence between patient and caregiver report." *Journal of pain and symptom management* 28.6 (2004): 585-592.
101. Husebo, Bettina Sandgathe, et al. "Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study." *Journal of the American Medical Directors Association* 9.6 (2008): 427-433.
102. Herr, Keela, et al. "Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations." *Pain management nursing* 12.4 (2011): 230-250.
103. Husebo B, Achterberg W, Flo E (2016) Identifying and man- 557 aging pain in people with Alzheimer’s disease and other type 558 of dementia: A systematic review. *CNS Drugs* 30, 481-497.

104. Zwakhlen, Sandra MG, et al. "Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools." *BMC geriatrics* 6.1 (2006): 1-15.
105. Cin, Fatma Ekiz. Nontravmatik Karın Ağrısı İle Acil Servise Başvuran Hastalarda Kullanılan Görüntüleme Yöntemlerinin (Usg/Bt) Acilde Kalış Süresi Ve Cerrahi Sonlanıma Etkisi İstanbul 2019.(Medeniyet Üniversitesi Acil Tıp, Tıpta Uzmanlık).
106. Saraç A. Nontravmatik akut karın sendromu ön tanılı hastalarda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi bulgularının klinik sonuçlarla karşılaştırılması. (2009).
107. Van Geloven, A. A. W., et al. "Hospital admissions of patients aged over 80 with acute abdominal complaints." *European Journal of Surgery* 166.11 (2000): 866-871.

HASTA VE AİLE BİLGİLENDİRME FORMU

BİLGİLENDİRME: İştirak edilecek çalışma bir araştırmadır. Araştırmanın başlığı; **ACİL SERVİSE BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA ALGOPUS VE PAINAD SKORLARI KULLANILARAK AĞRI DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırmanın amacı; 65 yaş ve üzeri iletişim kuramayan hastalarda akut ağrı değerlendirmesi ve 65 yaş üstü iletişim kurulamayan hastalarda akut ağrının acil servis başvurusunu predikte edip etmediğini saptamak ve Akut ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerin acil servis kullanımı için uygunluğu ve güvenilirliğini saptamak

Uzm. Dr.Gökem Alper Solakoğlu ve Ass.Dr.Esme Ece Güngör gözetiminde yürütülecek olan bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden rutin alınan kanların bilgisini kullanmamız istenecektir. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak olup başta kimliğiniz olmak üzere kişisel hiçbir bilginiz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. İstedığınız zaman hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hakkınızı kaybetmeden araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan her an çekilebilirsiniz. Çalışmaya katılmak veya katılmamak yönündeki kararınız okul başarınıza veya ilişkilerinize hiçbir şekilde etki etmeyecektir.

Bu araştırma süresince aşağıda adı ve telefonu olan kişiye 24 saat ulaşabilirsiniz.

Ulaşılabilecek kişi: Ass.Dr.Esme Ece GÜNGÖR Tel: 0216 5664000 Dahili:9604

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

HASTA ONAY FORMU

1- Çalışma ile ilgili olarak bilgilendirme formunu okudum. Aklıma takılan soruları sorabildim.	☐	
2- Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.	☐	
3-Bana ait kayıtların yasal olarak incelenebileceğini anladım ve izin veriyorum.	☐	
Gönüllünün adı soyadı: .....	.....	.....
	Tarih	İmza
Çalışmayı yapan kişinin adı soyadı: .....	.....	.....
	Tarih	İmza
Tanığın adı soyadı: .....	.....	.....
	Tarih	İmza

TARİH	
AD SOYAD	
YAŞ	
CİNSİYET	
SEMPATOMLAR	
SİSTEMİK HASTALIKLAR	
KULLANDIĞI İLAÇLAR	
EVDE BAKIM / HUZUREVİNDE BAKIM	
MİNİMENTAL DURUM TESTİ SKORU (EĞİTİMLİ)	
MİNİMENTAL DURUM TESTİ SKORU (EĞİTİMSİZ)	
VAS SKORU	
ALGOPLUS AĞRI SKORU	
PAİNEĞ PAİÑ AĞRI SKORU	
CFS SKORU	

Mini Mental Durum Testi

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Puanı

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)		
Hangi yıl içindeyiz?	_____	
Hangi mevsimdeyiz?	_____	
Hangi aydayız?	_____	
Bu gün ayın kaçı?	_____	
Hangi gündeysiniz?	_____	
Hangi ülkede yaşıyoruz?	_____	
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?	_____	
Şu an bulunduğunuz semt neresidir?	_____	
Şu an bulunduğunuz bina neresidir?	_____	
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?	_____	
Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)		
• Size birazdan söyleyeceğim üç isim dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn. süre tanınır). Her doğru isim 1 puan.		_____
Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)		
• 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. (Her doğru işlem 1 puan: 100, 93, 86, 79, 72, 65)		_____
Hatırlama (Toplam puan 3)		
• Yukarıda tekrar ettüğünüz kelimeleri tekrar söyleyin (Masa, Bayrak, Elbise) (Her kelime 1 puan)		_____
Lisan (Toplam puan 9)		
a. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 1'er puan toplam 2 puan (20 saniye süre ver)	_____	
b. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 saniye süre ver) 1 puan	_____	
c. 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" Toplam puan: 3, süre: 30 sn. her bir doğru işlem: 1 puan	_____	
d. Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) -Bir kâğıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin-	_____	
e. Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)	_____	
f. Size göstereceğim şeklin aynısını çizdirin; aşağıdaki şekli arka sayfaya (1 puan)	_____	

Fakulteler: PMF, Fakülte: SE, MCH/Agg: PR (1875) J Psychiatry Res. 1875 Nov;22(2):889-891.



Toplam Puan (0-30): _____



www.ftronline.com

Tasarımı ve düzenlemesi: Dr. Ender Şahin 2008

Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (MMSE-E)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

ORYANTASYON (Her bir zaman için 10 saniye süre tanıyın, her doğru için 1 puan, toplam 10 puan)

A. Zaman	Puan	B. Mekan (Sadece tam doğru cevaba puan verin)	Puan
1. Hangi yıldayız?	-----	6. Hangi ülkede yaşıyoruz?	-----
2. Hangi mevsimdeyiz?	-----	7. Hangi kentteyiz?	-----
3. Bugün ayın kaçı?	-----	8. Bulduğunuz semtin adı nedir?	-----
4. Hangi gündeyiz?	-----	9. Bulduğunuz bina neresidir?	-----
5. Şu an sabah mı, öğle mi, akşam mı?	-----	10. Bu binada kaçını kattayız?	-----

KAYIT HARZASI (toplam 3 puan)

Hastaya üç kelime söyleyeceğinizi ve siz bitirdikten sonra bunları tekrarlamasını istediğinizi söyleyin. (20 saniye süre tanıyın, her doğru isim için 1 puan verin, toplam 3 puan)

Masa Bayrak Elbise -----

DİKKAT VE HESAP (toplam 5 puan)

Hastadan haftanın günlerini geriye doğru saymasını isteyin.
(Örneğin "Çarşamba'dan önce salı gelir, ondan önce ne gelir?" gibi sorularla hastayı destekleyin.)
(Hastanın toplam 5 günü arasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verin)

HATIRLAMA (toplam 3 puan)

Hastaya, biraz önce sorduğunuz üç kelimenin neler olduğunu sorun.
Sırası önemli olmaksızın her doğru cevap için 1 puan verin. (Cevap için 10 saniye süre tanıyın)

ÜSAN (toplam 9 puan)

A. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nelerdir? Hastaya etrafındaki nesneleri göstererek ne olduklarını sorun.
(20 saniye süre tanıyın, her doğru isim için 1 puan verin, toplam 2 puan)

Kol saati ve Kalem -----

B. Söyleyeceğiniz şu cümleyi sizden sonra tekrar etmesini isteyin: "Eğer ve fakat istemiyorum."
(Cevap için 10 saniye bekleyin. Tamamını doğru tekrarlırsa puan verin) Tam olarak tekrarlıyorsa 1 puan

C. Sizi dikkatle dinlemesini ve söylediğinizi yapmasını isteyin.
"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen."
(30 saniye süre tanıyın, her doğru işlem için 1 puan verin, toplam 3 puan)

D. Hastanın yüzünüze bakmasını ve yaptığının aynısını yapmasını isteyin.
(Doğru işlem için 1 puan verin)

E. Şimdi, hastanın eviyle ilgili bir şeyler söylemesini isteyin.
(30 saniye süre tanıyın, anlamlı bir cümle için 1 puan verin)

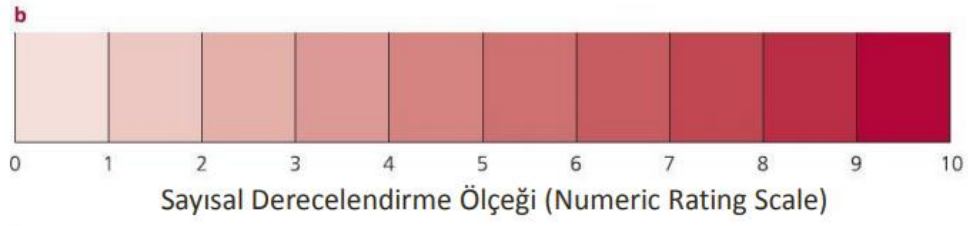
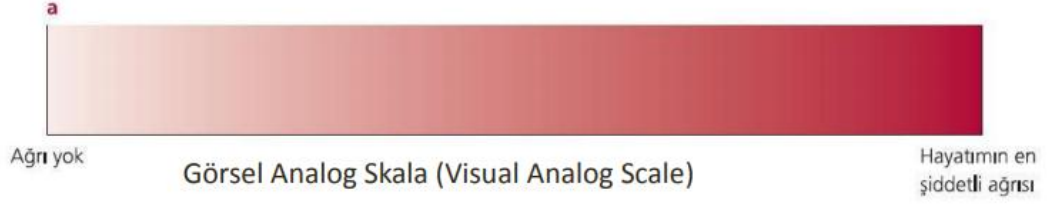
F. Hastadan göstereceğiniz şeklin aynısını çizmesini isteyin.
(1 dakika süre tanıyın, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verin)

Erkan T, Ekiz E, Gungen C et al (2000) Int. Symp. on Neuropsych. & Neuropsychiat. Ass. of Mental and Behavioral Disorders



Toplam Puan (0-30):
(Kasme Değer: 24) -----

Tasarımı ve düzenlemesi: Dr. Ender Şallıoğlu 2016





Ağrı değerlendirme
 Sözel iletişim kuramayan yaşlı hastalar için akut ağrı davranışı skalası

Hasta Kimliği

Ağrı değerlendirme tarihi	.....		.....		.....		.....		.....		.....	
Süre	saat		saat		saat		saat		saat		saat	
Gruplanmış her maddeyi, varlığına veya yokluğuna göre evet/hayır olarak skorlayın	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
1 • Yüz ifadesi Somurtma, yüzünü buruşturma, irkilme, dişleri sıkma, ifadesiz.												
2 • Bakış Dikkatsiz, boş bakış, dalgın veya yalvaran, yaşlı gözler, gözler kapalı.												
3 • Yakınmalar "Ay - Ah", "Acıyor", inleme, bağırma.												
4 • Vücut pozisyonu Durgun, ihtiyatlı, hareket etmeyi reddediyor, donuk postür.												
5 • Atipik davranış Ajitasyon, saldırganlık, birşeye veya birine tutunma.												
Toplam EVET sayısı	/5		/5		/5		/5		/5		/5	
Değerlendirmeyi yapan sağlık profesyoneli	☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Hasta bakıcı ☐ Diğer İmza		☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Hasta bakıcı ☐ Diğer İmza		☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Hasta bakıcı ☐ Diğer İmza		☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Hasta bakıcı ☐ Diğer İmza		☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Hasta bakıcı ☐ Diğer İmza		☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Hasta bakıcı ☐ Diğer İmza	

COPYRIGHT

Maddeler	0	1	2	Puan
Ses çıkarmadan, vokalizasyon olmadan, bağımsız nefes alma	Normal	Nadiren güçlükle nefes alma. Kısa hiperventilasyon periyotları.	Güçlükle, gürültülü nefes alma. Uzun hiperventilasyon periyotları. Cheyne-Stokes solunumu.	
Olumsuz(ses çıkarma)	Yok	Nadiren inleme ya da sızlanma. Olumsuz ya da onaylamayan nitelikte, düşük seviyeli konuşma.	Yineleyen sıkıntılı seslenme. Sesli inleme ya da sızlanma. Ağlama.	
Yüz ifadesi	Gülümser şekilde ya da ifadesiz	Üzgün, korkmuş, asık suratlı.	Yüzünü buruşturmuş.	
Vücut dili	Rahat	Gergin. Sıkıntılı yürüme (adımlama). Kıpırdanma.	Rijit. Yumrukları sıkılı. Dizleri yukarı (kendine) çekilmiş. Bir şeyleri çeker ya da iter halde. Etrafa vuruyor.	
Telkin edilebilirlik	Telkine gerek yok	Konuşmakla ya da dokunmakla dikkati başka yöne çekilebilir, rahatlatılabilir.	Telkin edilemez, dikkati başka yöne çekilemez, rahatlatılamaz.	
			Toplam	

Klinik Kırılabilirlik Ölçeği*



1 Çok Fit Sağlıklı, aktif, enerjik ve motive insanlar. Bu insanlar genellikle düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Kendi yaşları için en fit olanlar arasındadırlar.



2 İyi- Aktif hastalık belirtileri olmayan fakat kategori 1'den daha az fit olan insanlar. Sıklıkla, egzersiz yaparlar veya zaman zaman, ör. mevsimsel olarak oldukça aktiftirler.



3 İdare eder – Medikal sorunları iyi bir şekilde kontrol edilen insanlar, fakat rutin yürüyüşün üzerinde düzenli olarak aktif değildirler.



4 Kırılabilir – Günlük yardım için diğerlerine bağlı kalmazken, genellikle belirtiler aktiviteleri kısıtlamaktadır. "Savaşlık" ve/veya gün içerisinde yorgun olmak genel şikayetlerdir.



5 Az Kırılabilir – Bu insanlar genellikle daha görülür bir şekilde yavaştır ve yüksek düzey GYA'lerinde (mali durum, ulaşım, ağır ev işleri, ilaçlar) yardıma ihtiyaçları vardır. Tipik olarak az kırılabilirlik gittikçe alışveriş ve dışarıda tek başına dolanma, yemek hazırlama ve ev işlerini olumsuz etkilemektedir.



6 Kısmen Kırılabilir – Bütün dışarı aktivitelerinde ve ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyan insanlar. Ev içinde, sık sık merdivenlerle ilgili sorun yaşarlar ve banyo yaparken yardıma ihtiyaçları vardır ve giyinirken minimal düzeyde yardıma (anlatım, destek) ihtiyaç duyabilmektedirler.



7 Şiddetli Kırılabilir – Herhangi bir nedenden ötürü (fiziksel veya zihinsel) tamamen kişisel bakıma ihtiyacı vardır. Böyle olsa bile stabil görünmekte ve yüksek ölüm riski (~ 6 ay içinde) taşımamaktadırlar.



8 Çok Şiddetli Kırılabilir – Tamamen bağımlı olup, hayatın sonuna yaklaşmaktadırlar. Genellikle hafif bir hastalıktan bile iyileşemezler.



9. Ölümcül Hasta- Hayatın sonuna yaklaşıyor. Bu kategori diğer şekilde açıkça kırılabilir olmayan 6 aydan az ömrü kalan insanlar için geçerlidir.

Demansı olan insanlarda kırılabilirliğin puanlanması

Kırılabilirlik derecesi demansın derecesine karşılık gelmektedir. Az kırılabilir dönemdeki genel semptomlar son zamanlarda meydana gelen olayların detaylarının unutulmasını, gerçi yine de olayın kendisini hatırlayabilmekte ve aynı sorunun/hikâyenin ve sosyal geri çekilmenin tekrarlanmasını içermektedir.

Kısmen demansta, görünüşte kendi geçmiş hayatlarındaki olayları iyi bir şekilde hatırlamalarına rağmen, son zamanlara ilişkin hafıza oldukça kötüleşmiştir. Yönetim yardımıyla kişisel bakımlarını yapabilmektedirler.

Şiddetli demansta, yardım olmadan kişisel bakımlarını yapamamaktadırlar.

* 1. Kanada Sağlık & Yaşlanma Çalışması, Revize 2008.

2. K. Rockwood ve ark. Yaşlı insanlarda

fitliğin ve kırılabilirliğin global kliniksel

ölçümü CMAJ 2005;173:489-495.

Ek I. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 26.10.2020

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İletişim Problemi Olan 65 Yaş Üstü Hastalarda Algoplus ve Painad Ölçekleri ile Karın Ağrısının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. ÖĞRETİM ÜYESİ KURTULUŞ AÇIKSARI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	ACIL TIP			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1		☐	
		FAZ 2		☐	
		FAZ 3		☐	
		FAZ 4		☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması		☐	
Tıbbi cihaz klinik araştırması			☐		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları			☐		
İlaç dışı klinik araştırma			☒		
Retrospektif			☐		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020/0638	Tarih: 26.10.2020		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nda tescim alınması gerekmektedir.			

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Dr. Sadık ÖNER
İmza:

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

KONU: Etik Kurulu Kararı

Tarih: 26.10.2020

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İletişim Problemi Olan 65 Yaş Üstü Hastalarda Algoplus ve Painad Ölçekleri ile Karın Ağrısının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi