



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ANKARA ULUCANLAR GÖZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ'NE 2008 YILI İLK YARISINDA BAŞVURAN
YAŞA BAĞLI MAKULA DEJENERASYONU OLGULARININ
NEI VFQ-25/TR YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİYLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Semiha ÖNER İĞİCİ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ahmet SALTİK**

2010- ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12/02/2010

İmza
Prof. Dr. Feriye ÖZYURDA
Ankara Üniv. Öğretim Üyesi
Jüri Başkanı

İmza
Prof. Dr. Ahmet SALTİK
Ankara Üniv. Öğretim Üyesi
(Danışman)

İmza
Prof. Dr. Nysun İDİL
Ankara Üniv. Öğretim Üyesi

İmza
Doç. Dr. Birgül PİYAL
Ankara Üniv. Öğretim Üyesi

İmza
Doç. Dr. Mustafa N. İLHAN
Gazi Üniv. Öğretim Üyesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	
İçindekiler	i
Önsöz	iii
Simgeler ve Kısaltmalar	iv
Çizelgeler	v
1. GİRİŞ	1
1.1. Sorunun Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Genel Bilgiler	5
1.3.1. Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Epidemiyoloji	5
1.3.2. Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Risk Etmenleri	7
1.3.3. Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunun Tipleri	10
1.3.4. Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Tanı Yöntemleri	12
1.3.5. Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Sagaltım	13
1.3.6. Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Yaşam Kalitesi	14
2. GEREÇ ve YÖNTEM	17
2.1. Araştırmanın Biçimi	17
2.2. Araştırma Takvimi	17
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
2.4. Araştırmanın Evreni	19
2.5. Araştırmanın Örnekleme	19
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
2.7. Veri Toplama Araçları	19
2.8. Ön Uygulama	23
2.9. Değişkenler	24
2.10. Hipotezler	24
2.11. Verilerin Toplanması	24
2.12. Verilerin Değerlendirilmesi	25
2.13. Araştırmanın Etik Boyutu	25
2.14. Tez Yazımı	25

3. BULGULAR	26
3.1. Çalışma Grubunun Temel Özellikleri	26
3.2. Çalışma Grubunun İçinde Karşılaştırmalı Çözümlenmeler	31
4. TARTIŞMA	47
4.1. Çalışma Grubunda Yer Alan Olguların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması	47
4.2. NEI VFQ-25/TR Ölçeğiyle Belirlenen Puanların Tartışılması	50
4.3. YBMD ve Yaşam Kalitesine İlişkin Görüşlerin Tartışılması	55
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	58
ÖZET	61
SUMMARY	62
KAYNAKLAR	63
EKLER	70
Ek-1	70
Ek-2	72
Ek-3	78
Ek-4	81
ÖZGEÇMİŞ	86

ÖNSÖZ

“Sağlık” ve “sağlıklı olma” düzeyi toplumların gelişmişliğinin bir göstergesidir. Sağlık kurumlarının içinde buldukları çevre ve sağlık çalışanlarının bakım niteliğini artırıcı gelişimleri; dinamik olmayı, hızla yenilenmeyi ve değişimi gerekli kılmaktadır. **Yaşam kalitesi** de bu değişimler içinde -hemşirelik bakımı dahil- tüm hasta bakım süreçlerinde hızla yenilenmek için en önemli bileşenlerdendir. Bu Tez çalışmasında, toplumda her zaman saygı, sevgi ile bilgi ve deneyimlerinden ders çıkardığımız yaşlılarımıza ilişkin bir sorun alanı, “Yaşa Bağlı *Maküla Dejenerasyonu Görme Sorunları*” (YBMD) ele alınmıştır. Göz hastalarına ilaçla ve cerrahi sağıaltımla yaklaşım dışında katkı sağlayacak başka sosyal desteklerin de verilmesi gerektiği inancındayız.

Bu Tez çalışmasının gerçekleşmesinde, bilimsel katkılarıyla büyük emek ve destek veren Tez Danışmanım *Sayın Prof. Dr. Ahmet SALTİK’a*, görme sınıflandırmalarını gruplandırmada yol gösteren *Sayın Prof. Dr. Aysun İDİL’e*, yüksek lisans eğitimim sırasında Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda adını sayamadığım tüm öğretim üyeleri, hekim, hemşire ve öbür arkadaşlara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin anketlerini uygularken Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Retina Servisi’nde birlikte çalıştığımız hemşire arkadaşlarımın tümüne ve anket uyguladığım Retina Servisi’nin başta Op. Dr. Mehmet Yasin TEKE olmak üzere, tüm işgörenlerine teşekkür ederim.

Yaşamda birçok konuda olduğu gibi, araştırmamın konusunu seçerken de kendisinden esin (feyz) aldığım, araştırmam sürerken, 87 yaşında aramızdan ayrılan ve tek süregen hastalığı YBMD olan Sevgili Anneanneciğim *Semiha Ada Çağlar’a* haktan rahmet diliyor ve çalışmamı O’na ve tüm aileme armağan ediyorum.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AREDS	: Age-Related Eye Disease Study
CCI	: Commission on Chronic Illness
DALY	: Disability Adjusted Life Years
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ETDRS	: Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study
F	: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) test istatistiği
FDT	: Foto Dinamik Tedavi
FFA	: Fundus floresein anjiyografisi
GEBAM	: Geriyatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi
GK	: Görme Keskinliği
ICG	: Indocianin Green Angiography
ILO	: International Labour Organization
KW-ANOVA	: Kruskal-Wallis Varyans Analizi
LF	: Lazer Fotokoagülasyon
n	: Olgu Sayısı
NEI VFQ	: National Eye Institute Vision Function Questionnaire
OKT	: Optik Koherens Tomografi
p	: Anlamlılık Düzeyi
POLA	: Pathologies Oculaires Liees a l'age
SS	: Standart Sapma
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK'ya katılan)
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SYK	: Sağlıkta Yaşam Kalitesi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu (Eski DİE)
UV	: Ultra Viyole
\bar{X}	: Ortalama İşareti
WHO	: World Health Organization
YBMD	: Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu
.....+ yaş	:yaş üstü

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1.	Dünyada 60+ Yaşlarda Hastalık Yüğü, 2002	3
Çizelge 2.	NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Puanlama Anahtarı	20
Çizelge 3.	Çalışma Grubunu Oluşturanların Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri	27
Çizelge 4.	Çalışma Grubunu Oluşturanların Mesleki Özellikleri	28
Çizelge 5.	Çalışma Grubunun Binoküler Görme Keskinliği Sınıflaması ve YBMD Tipleri Özellikleri	29
Çizelge 6.	YBMD Nedeniyle Hastaneye Yatış, Eşlik Eden İlaç Kullanımı Gerektiren Hastalık ve Çoklu Eşlikçi Hastalık Verileri	30
Çizelge 7.	YBMD Olgularının Yaşı ve NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Puanları	32
Çizelge 8.	YBMD Olgularının Cinsiyeti ve NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Puanları	34
Çizelge 9.	Çalışma Grubunun Eğitim Durumu ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları	36
Çizelge 10.	Çalışma Grubunun Maddi Durumu ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları	38
Çizelge 11.	Çalışma Grubunun Kaç Yıl Önce Tanı Aldığı ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları	40
Çizelge 12.	Çalışma Grubunun Binoküler Görme Keskinliği ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları	42

1.GİRİŞ

1.1. Sorunun Tanımı ve Önemi

Dünyada ve ülkemizde beklenen yaşam süresinin uzaması, doğurganlığın azalması, bulaşıcı-salgın hastalıklarının çoğunun denetim altına alınması, yaşam koşullarının değişmesi toplumların yaşlanmasına neden olmuştur (Mollaoğlu M, 2007) Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "Sağlık, yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmaması değil; bedensel, ruhsal ve toplumsal yönlerden tam bir iyilik durumudur." biçimindeki sağlık tanımı; yaşlanan toplumun giderek daha yüksek düzeylerde ve bütüncül bir sağlık bakımına gereksinim duyacağıının habercisidir. Sağlık tanımından kalkarak hastalıkların, özellikle de süregen (kronik) hastalıkların sağaltımına (tedavisine) yönelik ilerleme ve planlamalar, tüm Dünyanın önde gelen sorunları niteliği kazanmıştır. Süregen hastalıklar; ilerleyici, işlevleri (fonksiyonları) zayıflatan, sağaltımı güç, yineleyici belirtilerle uzun süreli giden, hastalığa uyum için kişi ve ailesinin yoğun çabasını gerektiren sürgit sağlık sorunlarıdır.

Süregen hastalık tanımı Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' de, Commision on Chronic Illness (CCI) tarafından yarım yüzyıl önce yapılmıştır. Buna göre süregen hastalık; "Genellikle tam iyileşmesi olanaklı olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa¹ yol açan; oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel, genetik ve çevresel etmenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz nitelikte hastalıklar" olarak tanımlanmaktadır (Bilir, 2006).

Engellilikse (Yeti Yitimi), bedensel fonksiyonlardaki hasarlar nedeniyle meydana gelen kayıpların yarattığı *sosyal dezavantajlardır* (Heiden, 1996).

¹ Günümüzde "Sakatlık" terimi yerine "Engellilik", giderek "Yeti yitimi" terimleri kullanılmaktadır.

Süregen hastalıklar, kısa süreli (akut) hastalıklardan pek çok yönden ayrılır. Bu tür hastalıklarda genellikle tam iyileşme sağlanamamakta, ilerleyici pek çok doku-organ-işlev zedelenmesi oluşmaktadır. Kimileri için süregen hastalık boyunca iyileşme dönemleri ve belirtilerin kötüleşme dönemleri birbirini izlerken; kimileri için belirtiler ölüme dek sürekli kötüleşen bir gidişle sürmektedir (Patrica, 1993). Özellikle ilerleyen yaşa yoldaşlık eden dolayısıyla Dünya nüfusunun yaşlanmaya dönük görünümünde (profilinde) sağlık sorunları arasında en ön sıralarda yer alır duruma gelmişlerdir. Böyle bir konunun, sağlık bakımı sunanlar arasında, özellikle hemşirelik mesleği için önemi de en üst düzeydedir.

Dünya'da 60+ yaş 600 milyon insan vardır. Bu kümedeki kişilerin %88'inde en az bir süregen hastalık tanısı konmuştur. Küresel nüfusun 2025 yılına ilişkin kestirim hesabına göre, yaşlı nüfusun katlanarak 1.2 milyara çıkacağı, dolayısıyla bu tür süregen hastalıkların sağaltım ve bakım planlamalarının ülkelerin sağlık bütçelerinde daha büyük paylara gereksinim duyulacağı öngörülmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi 2005 yılı hastalık yükünün (Disease Burden) %77'sini süregen hastalıklar oluşturmuştur (DSÖ, 2003; Ebrahim, 2002). Bu hastalıkların başında hipertansiyon, kalp hastalıkları, kanserler, inmeler, diyabet ve kas-iskelet sistemi hastalıkları ve duyu organlarına ait sorunlar yer almaktadır (www.who.int/ageing/primary_health_care/en/index.html, erişim: 18.10.2009).

Katarakt, romatizmal hastalıklar, osteoporoz gibi kimi hastalıklar ise ölüm nedeni olarak önemli olmamakla birlikte; yol açtıkları engellilik / yeti yitimi nedeniyle ciddi işgücü yitiğine neden olur ve yaşam niteliğini de olumsuz etkiler. Hastalıklar nedeniyle oluşan işgücü yitiklerini de dikkate alan bir değerlendirme yöntemi "**hastalık yükü**" (*burden of disease*) hesabıdır. Hastalık yükü çalışmalarında kullanılan önemli bir ölçüt, "Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılı (**DALY**²: *Disability Adjusted Life Years*) kavramıdır.

² **DALY** kavramı, son yıllarda, Sağlık Ekonomisi alanında, verilen sağlık hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmede ya da bu hizmetler eksik / niteliksiz verildiğinde ya da verilmediğinde doğacak "Hastalık Yükü" nü irdlemede yaygın olarak kullanılan bir ölçüttür. O ülkede doğuştan beklenen yaşam süresinin (E_0) tamamlanmadan herhangi bir nedenle erken ölüm durumunda, yitirilen her 1 yaşam yılı 1 DALY hastalık yüküdür. DALY havuzunun 2. kaynağı ise, herhangi bir nedenle "Yeti Yitimli" (Disable) duruma gelinmesidir. Ülke hukukuna göre "Engelli" sayılarak yaşanan her 1 yıl da 1 DALY yüküdür. (Saltık, A.

DALY hesabında, bir kişinin erken ölümü ve/veya yeti yitiminden kaynaklanan yaşam yılı yitikleri dikkate alınmaktadır.

Çizelge 1. Dünyada 60+ Yaşlarda Hastalık Yükü.

Sıra	Hastalığın adı..	Hastalık Yükü DALYs (X 1000)
1	İskemik kalp hastalıkları	31 481
2	Serebrovasküler hastalıklar	29 595
3	Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları	14 380
4	Alzheimer ve öbür demans türleri	8 569
5	Katarakt	7 384
6	Alt solunum yolu enfeksiyonları	6 597
7	Yetişkinlikte oluşan işitme yitikleri	6 548
8	Trakea, bronş, akciğer kanserleri	5 952
9	Diyabetes mellitus	5 882
10	Görme bozuklukları, yaşa bağlı olanlar ve öbürleri	4 776

*Kaynak: WHO, The World Health Report: 2003 - Shaping the future.
World Health Organization, Geneva 2003, pp. 3-40.*

Günümüzde, ülkemizde de sağlık hizmeti sunumunda sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve esenlendirme (rehabilitasyon) uygulamalarında sağlık

2008) Ancak DSÖ Küresel Hastalık Yükü 2004 raporuna göre; 7 engellilik sınıflaması tanımlanmıştır. Görme ilgili başlıklar incelendiğinde, az görmenin 3. dilimde yer alıp, durumun ciddiyetine göre ağırlıklandırma puanı 0.12-0.24 arasında; körlüğün 6. dilimde yer alıp, durumun ciddiyetine göre ağırlıklandırma puanı 0.50-0.70 arasındadır. Buna göre az gören bir kişinin 8,3-4,16 yıl yaşaması, kör birininse 2-1,43 yıl yaşaması 1 DALY hastalık yükü oluşturur.

5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nda şöyle bir düzenleme vardır :

Malûl sayılma : MADDE 25- (Değişik: 17/4/2008-5754/13 md.)

Sigortalının veya işverenin talebi üzerine Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca yöntemine uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malûl (Engelli) sayılır.

ekonomisi analizleri önem kazanmıştır. “Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması” verilerine göre Türkiye'nin Toplam Hastalık yüğü 10.802.494 DALY'dir [www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=33:ulusal-hastalve-maliyet-etkililik-projesi-raporlar&catid=14: arama-raporlar&Itemid=28](http://www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=33:ulusal-hastalve-maliyet-etkililik-projesi-raporlar&catid=14:arama-raporlar&Itemid=28), erişim: 09.12.09).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması -TNSA- 2008'e göre, Türkiye nüfusunun %6,8'i 65+ yaştaadır. Türkiye'de, 2000-2008 döneminde, 25 yaş altı nüfus 2 milyon 889 bin 467 azalırken, 65+ yaş nüfus 1 milyon 34 bin 474 artmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre aynı dönemde 65+ yaş nüfus %26,8 yükselerek 3 milyon 858 bin 949'dan 4 milyon 893 bin kişiye çıkmıştır ve bu kişilerin başkalarına bağımlı yaşama oranı %8.83'tür. Türkiye'de bu konuda ilk yapılan saptamada (1935) 65+ yaş diliminde 628 041 kişi olduğu, bağımlılık oranının ise %7.14 olarak belirlendiği görülmektedir. Hacettepe Üniversitesi Geriyatrik Bilimler Araştırma Merkezi'nce Ankara İl merkezinde yaşayan yaşlı nüfusu temsil eden bir örnekte yapılan araştırmada, 65+ yaş nüfusun %49,6'sı önemli sağlık sorunları olduğunu belirtmişlerdir. Söz konusu sorunların büyük bölümü görme, işitme ve yürümeyle ilgilidir (Bilir, 2006; GEBAM, 2003; Erol, 2004). Bu veriler, nüfusu yavaş da olsa yaşlanmakta olan Türkiye'nin, orta ve uzun erimli uygun plan ve programlar yapması yönünde uyarıcı ve yol göstericidir.

Araştırmalarda saptanan görme sorunlarından biri de, “**Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu**” dur (YBMD). Süregen bir hastalık olan YBMD, 65+ yaş diliminde merkezi görme yitiği sonucu körlüğün en yaygın nedenidir. Ayrıca bu tablonun, nedenleri tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, çoklu bir nedenselliğe (etyolojiye, kozaliteye) sahip olduğu bilinmektedir. Etkilediği nüfusun büyüklüğü ve sonucunun ağırlığı bakımından, A. Grotjhan'ın ilkelerine göre oldukça önemli bir Halk Sağlığı sorunu sayılabilmektedir (Miller JW et al, 1999 ve Saltık, A, 2008).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı; Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne 2008 yılı ilk yarısında başvuran Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu tanılı 381 olgunun

NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilerek, hastalık sürecinde yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin incelenmesi olarak belirlenmiştir.

Dünyada ve ülkemizde yaşlanma, süregen hastalıklar ve bu hastalıklardan biri olan YBMD konusundaki sayısal veriler ve çalışmalar paylaşılacaktır. Epidemiyolojik bağlamda, hastalığa bağlı özellikler, risk etmenleri ve sağaltım yöntemleri incelenerek hastalığın önemi göz önüne serilecektir. Sağlıkta Yaşam Kalitesi ve bu konu içinde görme işlevine özel “NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanmanın, sağlık sistemimizde alması gereken yer ve öneme ilişkin katkı verilmeye çalışılacaktır.

Toplanan verilerle; yaşlanan toplumumuzda sayıları giderek artmakta olan YBMD'li kişilerin yaşam niteliği (kalitesi) düzeylerinin, görme keskinliklerinin azalmasıyla nasıl bir değişim izlediği araştırılacaktır..

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Epidemiyoloji

YBMD, ileri yaşlarda ortaya çıkan ve sağaltımında henüz kesin bir yöntem bulunamamış olan, dolayısıyla sürekli yeni olguları da içine alarak büyüyen, görme yetisi yitimine neden olan önemli bir toplum / halk sağlığı sorunudur. YBMD, Batı ülkelerinde, 60+ yaş dilimi kişilerde geri dönüşümsüz ağır görme yetisi yitimi nedenlerinin başında gelmektedir. Ağır görme yitimi sıklığı (prevelansı) yaşla birlikte artış göstermektedir. ABD'de 65-75 yaş dilimi kişilerin en azından %10'u merkezi görmelerinin bir bölümünü YBMD sonucunda yitirmiştir. 75+ yaşta olanların %30'u ise bir dereceye dek etkilenmiştir (Kanski, 2001; Karaçorlu ve ark, 2006; Ovalı, 2001). 75+ yaşta YBMD prevelansı %30'u bulmaktadır (Kaiserman et al., 2007).

DSÖ 2009 raporuna göre Dünyada 314 milyon görme engelli kişi vardır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>, erişim:24.02.2010).

Bu kişilerin, DSÖ Küresel Hastalık Yüğü 2004 Raporuna göre, tüm yaşlardaki prevelansı 31,9 milyon kişidir. Yüksek ve Orta-Düşük Gelirli ülkelerde, yaş gruplarına

göre iki grupta incelenir. Buna Göre; yüksek gelirli ülkelerde 0-59 yaş arası 1,8milyon, 60+ yaşta 6.0 milyon kişiyi; orta ve düşük gelirli ülkelerde, 0-59 yaş arası 9,0 milyon, 60+ yaşta 15,1 milyon kişiyi etkilemektedir (GBD_report_2004update_full.pdf) Dünya genelinde 272,4 milyonu az gören ve 42, 7 milyonu kördür. YBMD'nin tüm körlük nedenleri içinde, Dünya ölçeğinde payı %8,7 olup, katarakt, kırma kusurları ve glokomdan sonra yer alır. Epidemiyolojik olarak yaşlı toplumlar için daha büyük önem taşır. Bu sorun, DSÖ'nün konuya özgü 2020 hedefleri içinde de haliyle öncelikli sırasındadır ve sağlık bakım planlarında dikkate alınması çağrısı yapılmaktadır (http://www.who.int/blindness/Vision2020_report.pdf, erişim: 24.02.2010, www.who.int/ncd/vision2020_actionplan/documents/frickfosterAJO1354712003.pdf, erişim:11.06.2008).

YBMD'nin görülme sıklığı ve ilerleyişine ilişkin Kopenhag Göz Kliniğince yapılan bir çalışmada YBMD prevalansı 60-64 yaş arasında %2.3, 65-69 yaş arasında %5.9,70-74 yaş arasında %12.1 ve 75-80 yaş arasında %27.3'tür.

Türkiye'deki duruma bakılacak olursa; YBMD, Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de körlüğün önde gelen nedenlerindedir. Özellikle yetişkin körlüklerinin %25-50'sinden sorumludur (İdil, 1998). Makülada oluşan dejeneratif değişikliklerin görülme sıklığı 70-74 yaş arasında %25 iken, 90 + yaşta %100'dür (Bilgin, 2004).

Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan yıllık tedavi istatistiklerinde, YBMD için sayısal veriler yoktur.

YBMD, 50+ yaş kişilerin merkezi görmelerini azaltır. YBMD için tanımlanmış pek çok risk etmeni vardır. En önemli risk etmeni ileri yaştır. Ancak bunun dışında; sigara, ırk, cinsiyet, sosyo-ekonomik özellikler, kırma kusuru, iris rengi (açık renk göze sahip olma), ultra-viyole (UV) ışınları, vitaminler, katarakt cerrahisi, alkol kullanımı, dengesiz beslenme ve obezite, hipertansiyon, hormonal etmenler, inflamasyon, genetik ve ailesel özellikler de önemli risk etkenleri arasında gösterilmiştir (Ergin, 2006; Sezgin, 2003; Klein, 1997; Hirvela, 1996; Lamoureux EL et al, 2007; Sutter FK et al, 2007).

1.3.2 Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Risk Etmenleri

YBMD için tanımlanmış çok sayıda risk etmeni vardır.

1. Bedensel Özelliklere Bağlı Olanlar

- a) Yaş : İleri yaştan YBMD için önemli bir risk olduğu kesin olarak kanıtlanmıştır (Shen JK et al, 2007). 75+ yaş popülasyonunda, büyük drusen, yumuşak drusen ya da retina pigment epiteli atrofi bulunma olasılıkları 43-54 yaş arası nüfusa göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Vinding T, 1989). Tek bir drusen bulunma olasılığı, 55-64 yaş arasında %40.8 iken; 85 + yaşta %52.6'dır (Klein R et al, 1992).
- b) Cinsiyet : YBMD ile ilgili çalışmalarda cinsiyet etmeni açısından değişik sonuçlar vardır. Kimi çalışmalarda, erkeklerle karşılaştırıldığında 75+ yaş kadınlarda erken YBMD insidansının iki kat daha çok olduğu gösterilmiştir (Klein R et al, 1997).
- c) İris Rengi: Gözde yüksek düzeylerde melanin bulunması, melaninin anti-oksidan ve belki de anti-anjyogenik etkilerinin olması nedeniyle; ışık yüzünden oluşan oksidatif zedelenmeye karşı koruyucu olabilir. İris renginin YBMD ile ilişkisine değin çelişkili sonuçlar vardır (Ikram MK ve ark., 2003; Frank RN, 2000).
- d) Obesite: Genel ve abdominal obesitenin YBMD gelişiminde ve ilerleyişinde (progresyonunda) etkili birer risk etmeni olduğu, beden kitle indeksi temelinde gösterilmiştir (Anderson RE et al, 1994; Seddon JM, 2003).
- e) Genetik Etmenler : YBMD'nin etyolojik temelinde genetik ve ailesel etmenler rol oynamaktadır. Ancak kalıtımda genetik ve çevrenin göreceli etkisi kesin olarak bilinmemektedir. YBMD riski aile öyküsü varlığında 2.4 kat, özellikle yaş tip YBMD riski 3.1 kat artmaktadır (Seddon JM et al, 2004).
- f) Hormonal Etmenler : Östrojen sağaltımı alan post-menopozal kadınlarda yaş tip YBMD riskinin düşük olduğunu gösteren pek çok çalışma olduğu gibi, (Klein R et al, 1992) arada hiçbir ilişkinin bulunmadığını belirten çalışmalar da vardır (Snow KK et al, 2002).

- g) Kardiyovasküler Etmenler: Kardiyovasküler hastalık, YBMD ile ilişkili bulunmuştur. Yüksek kan basıncı ile YBMD arasında hafif-orta düzeyde bir ilişki olduğu ve hipertansiyonun süresinin değerlendirilmesinin gerektiği belirtilmiştir (Vingerling JR et al, 1995). Diyabet ve hiperglisemi ile YBMD ilişkisine ilişkin olarak ise çok az sayıda çalışma vardır (Snow KK et al, 1999).

2. Çevresel / Dışsal Etmenlerden Kaynaklananlar

- a) Güneş Işığı Sunukluğu (Maruziyeti): İleri YBMD riskinin yaz aylarında açık havada kalma süresinin artması ile iki katına çıktığını, 5 ve 10 yıllık erken YBMD insidensinin ve ilerlemesinin de (progresyonunun da) güneş ışığına sunuk kalma (maruziyet) ile arttığını gösteren çeşitli çalışmalar vardır. Ancak ilişki kesin olarak kanıtlanmamıştır. (Cruickshanks KJ et al, 1993 ve 2001)
- b) İlaçlar: İlaçların YBMD üzerindeki etkisine ilişkin çok çelişkili sonuçlar vardır. β blokerler başta olmak üzere antihipertansif ilaçların erken YBMD riskini düşürdüğü bildirilmektedir. Anti depresanların YBMD insidensini azalttığına değgin kanıtlar da vardır (Tomany SC et al, 2004; Van Leeuwen R et al, 2003)
- c) İnflamatuvar Etmenler: YBMD ve drusen oluşumu inflamasyon ile ilişkilidir (Klein BEK et al, 1994). Bir inflamasyon etmeni C reaktif proteinin, YBMD hastalarında yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu protein, sağaltıma yanıtın değerlendirilmesinde bile kullanılabilir (Anderson DH et al, 2002).

3. Alışkanlıklar ve Yaşam Biçiminden Kaynaklananlar

- a) Sigara: Sigara kullanımı ile YBMD gelişme riski arasında güçlü bir ilişki vardır ve bu ilişki doza bağımlıdır. Günde 25 tane ve üzerinde sigara içenlerde, hiç sigara içmeyenlere göre YBMD gelişimi için görelî (rölatif) riskin 2.4 kat olduğu gösterilmiştir. Pek çok çalışma bu ilişkiyi destekler niteliktedir (Wingerling JR et al, 1995; Seddon JM et al, 1996; AREDS report, 2005; POLA Study Group, 1998).

- b) Antioksidanlar, Vitaminler, Mineraller: Askorbik asit (C vitamini), alfa-tokoferol (E vitamini) ve karotenoidler, (α karoten, β karoten, lutein, zeoksanin) fizyolojik özellikleri nedeniyle YBMD ile ilişkilendirilmiş olan kimi anti-oksidanlardır. Lutein ve zeoksanin maküler pigment ile de bağlantılıdır. Çinko, selenyum, bakır ve manganez de retinanın anti-oksidan işlevinde rol oynamaktadır. Anti-oksidanlar, YBMD'nin önlenmesinde etkili bir rol oynayabilir. Foto-reseptör zedelenmesi (hasarı), foto-oksidasyon ya da serbest radikallerin yol açtığı lipid peroksidasyonundan kaynaklanmaktadır (Suner IJ, 2004)

4. Öbür Etmenler

- a) İrk-Etnik Etmenler : YBMD'nin yol açtığı 2 yanlı (bilateral) körlük insidansının Beyazlarda, Siyahlara göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (Mukesh BN et al, 2004) Siyahlarda YBMD bulguları, Beyazlara göre çok daha düşük insidanda gözlenmektedir (Sommer A et al, 1991; Schachat AP et al, 1995)

İleri düzeyde YBMD riski, İspanyollarda, İspanyol olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Leske MC et al, 2004). Tam tersine Latinlerde ise erken YBMD insidansı yüksek olduğu rapor edilmiştir (Cruickshanks KJ et al, 1997). Bu verilere göre YBMD gelişiminde irksal ve etnik etmenlerin önemli bir yere sahip olduğundan söz edilebilir.

- b) Sosyo-ekonomik Etmenler : Daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan kişilerde daha az sıklıkla YBMD görüldüğü gösterilmiş olsa da, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Varma R et al, 2004). Çalışmaların çoğunda YBMD sıklığı ile eğitim düzeyi, maddi kazanç, iş durumu ve medeni durum arasında ilişki kurulamadığı gösterilmiştir (AREDS report no: 3, 2000; Klein R et al, 1994)
- c) Katarakt/ Katarakt Cerrahisi: Nükleer sklerozun yüksek sıklıkta erken YBMD ile birlikte olduğu gösterilmiştir. Katarakt cerrahisinin, ileri YBMD ile birlikte görüldüğü ve cerrahinin YBMD gelişimine olumsuz katkıda bulunduğu gösterilmiştir (Klein R et al, 1994; Chaine G et al, 1998; Lungwist B et al, 2006). Patogenezi tam olarak

bilinmemekle birlikte, kataraktlı lensin UV (ultra-viole) ışınlarına karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu ve ayrıca cerrahi sonucu gelişen inflamatuvar olayların etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

1.3.3 YBMD'nin Tipleri

YBMD'nin **kuru** tip ve başta koroid neo-vaskülarizasyonu ile olmak üzere daha ciddi seyreden **yaş** tip olmak üzere iki tipi vardır (Ferris FL et al, 1984)

Atrofik (eksudatif olmayan / kuru) tip, olguların %90'ından sorumlu olan yavaş ilerleyen bir durumdur. Sağaltımına yönelik uygulamalar yoktur. Düzenli aralıklarla izlemi yapılmalıdır.

Eksudatif (yaş) tip, çok daha az görülmesine karşın, sıklıkla harap edici özelliktedir ve kimi olgular "faydalı görme"nin (merkezi ve çevresel görmenin birlikte varlığı) tümünü birkaç günde yitirebilir. YBMD'nin neden olduğu yasal olarak kabul edilen körlüklerin %88'i bu tiptendir.

1.3.3.1 Kuru Tip Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu

YBMD'nin %90'lık bölümünü oluşturmaktadır. En önemli bulgusu optik drusendir. Değişik biçim ve boyutlarda olabilmektedir ve kalsifikasyonları nedeniyle kristal görünümündedirler. Bu görünüm genellikle retina pigment epiteli atrofi alanları içinde ya da yakınındadır. Yumuşak drusen daha belirsiz sınırlı ve daha büyükken, sert drusen daha keskin sınırlıdır.

Uluslararası Epidemiyolojik Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu Çalışma Grubu, erken YBMD için aşağıdaki tanımlamayı yapmıştır :

50+ yaş kişilerde aşağıdaki bulgulardan en az birinin bulunması;

- a. Yumuşak drusen (eğer tek başına ise; sınırları belirsiz olan, belirli olana göre)
- b. Sert drusen çevreleyen pigment dışında drusene eşlik eden hiperpigmentasyon
- c. Drusene eşlik eden de-pigmentasyon ya da hipo-pigmentasyon

Görme keskinliği, ölçütler arasında yer almamaktadır (Arnold JJ et al, 1995; Tomany SC et al, 2004; WANG Q et al, 1996). Coğrafik atrofi varlığı: ileri YBMD olarak sınıflandırılmıştır (Anand-Apte B et al, 1997) Coğrafik atrofi, kuru tip YBMD'nin son evresidir. Coğrafik atrofi kimi kez, geniş yumuşak drusenlerin birleşmesiyle oluşan pigment epitel dekolmanın kollapsına yol açabilir. Görme keskinliği düşer, dekolman düzleşir ve atrofi ortaya çıkar. YBMD'nin %12-21'inde coğrafik atrofiye bağlı ciddi görme yitiği gelişmektedir (Sunness JS et al, 1996)

Geniş atrofi alanına karşın fiksasyon korunabilir. Ancak genellikle anormal karanlık uyumu (adaptasyonu), düşük ışıkta azalmış görme keskinliği ve düşmüş kontrast duyarlılığı (sensitivitesi) nedeniyle okuma hızı azalmıştır (Hyman LG et al, 1983). Coğrafik atrofi, 5-10 yıl içinde körlüğe yol açmaktadır (Sunness JS et al, 1997; Sarkis JP et al, 1988) ve 2 yanlı olmaya eğilimlidir. İki yanlı (bilateral) olması durumunda koroid neo-vaskülarizasyonu gelişme riski 2 yılda %2, dört yılda %11 olarak bulunmuştur (Maguire P, 1986).

1.3.3.2 Yaş Tip Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu

YBMD, yaşlılarda ciddi görme yitiğinin en önemli nedenidir (Goldstein M et al, 2005) Bu hastaların %10'unda yaş tip YBMD vardır. Yaş tip YBMD, koroid neo-vaskülarizasyonunu, retina pigment epiteli dekolmanını ve yırtığını, fibro-vasküler diskiform skar oluşumunu ve vitreus kanamasını içermektedir. Ciddi görme yitiği olan hastaların büyük çoğunluğu yaş tip YBMD kümesindedir. Belirtiler (semptomlar) çoğu kez, sub-retinal veya intra-retinal sıvı, kan veya foto-reseptör ya da retina pigment epiteli zedelenmesinden kaynaklanmaktadır (Fine AM et al, 1986)

Görme keskinliğindeki azalma, hastaların yüz tanıma, saate bakma gibi sık yapmaları gereken günlük etkinliklerinde ciddi aksamalara yol açmaktadır.

1.3.4 Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Tanı Yöntemlerinden Kimileri

1. Fundus Floresein Anjiyografisi (FFA)

Hastaya damar yoluna floresein adlı ilaç verilir. Birkaç dakika içinde bu ilaç dolaşım yoluyla retinada damarlara ulaşır ve bu sırada hekim anjiyo aygıtı ile retinanın fotoğraflarını çeker. Damarlarda kan sızıntısı (hemoraji) olup olmadığını saptar ve sonuca göre hastanın sağaltım biçimini belirler.

2. Indosiyanın Yeşili Anjiyografisi (ICG)

Dünyada gelişmiş merkezlerde bulunan ICG görüntüleme sisteminde, hastanın damar yoluna indosiyanın yeşili adı verilen özel bir ilaç verilir. Birkaç saniye içinde dolaşım yoluyla retina damarlarına ulaşan ilaç, aygıtın algılayıcı lazer tarama birimini uyararak otomatik fotoğraflama sağlar. Bu inceleme, FFA incelemesi ile görüntülenemeyen retinanın alt katmanlardaki damarların kan dolaşımı hakkında bilgi vererek sağaltım biçiminin belirlenmesine yardımcı olur. ICG incelemesi aynı zamanda maküla dejenerasyonu olan gözlerde sağaltımın olanaklı olup olmadığını gösterir.

3. Amsler Testi

Amsler testi uygulamasında kullanılan kart, 10cm^2 'nin 5mm^2 'lere bölünmesinden oluşur. Otuzüç cm'den bakıldığında her bir küçük kare 1° açıyla görülmektedir. Bu test esas olarak maküla hastalıklarının incelenmesinde kullanılır ve odaklanma (fiksasyon) noktasının çevresindeki 10° 'lik görme alanını değerlendirir. Test uygulanırken hasta yakın görme gözlüğünü takar ve bir gözünü kapatır. Açık olan gözüyle merkezdeki noktaya bakar ve bu sırada etraftaki çizgilerde herhangi bir çarpıklık, bulanıklık veya görülmeyen bölgeler olup olmadığını tespit eder.

4. Optik Koherens Tomografi (OKT)

Optik koherans tomografi, gözün kesitsel görüntülerini veren B-mod ultrason analogu olan bir tanısal görüntüleme tekniğidir. OKT, düşük koherans inter-ferometriyi kullanarak iki boyutlu görüntü elde edilmesini sağlamaktadır. Retinal anatominin doğrudan kesitsel olarak görüntülenmesi, maküla ve optik sinir başını ilgilendiren hastalıkların erken tanısına ve uygun izlemine olanak vermektedir (Sorenson JA et al, 1991)

OKT, yaş ve kuru tip YBMD hastalarının izleminde kullanılan yeni bir tekniktir. Yeni YBMD saptanmasında OKT'nin tek başına %96.4 duyarlık (sensitivite), %66.0 özgüllüğe (spesifikliğe) sahip olduğu gösterilmiştir (Rogers A et al, 2002)

1.3.5 YBMD'de Sağaltım

Sağaltımda lazer foto-koagulasyon (LF), koroidal neo-vasküler membran (KNV) eksizyonu, foto-dinamik sağaltım gibi uygulamalar yapılır. Son yıllara dek, KNV için geçerli tek sağaltım yöntemi LF idi. LF'nin, ekstra-foveal ve juksta-foveal lezyonlarda başarısı klinik çalışmalarla kanıtlanmıştır (Mennel S et al, 2007). Var olan lezyonun yerleşimine ve boyutuna göre değişmekle birlikte LF, YBMD hastalarının yaklaşık %15'inde etkili bir yöntemdir (Karen JM et al, 2001).

Bu sağaltım yöntemlerinin tümü, ne yazık ki, birkaç aylık geçici bir süre etkilidir. YBMD'nin önemli bir halk sağlığı sorunu olması nedeniyle, bu hastalıkta sonlanımı olumlu değiştirebilecek henüz deneme aşamasında olan başka yöntemler de vardır (El-Amir AN, 2005).

Sağaltım Yöntemlerinden Kimileri :

- 1- Maküla Translokasyonu
- 2- Sub-maküler Cerrahi

- 3- Pnömatik Yer Değiştirme
- 4- Radyasyon Sağaltımı
- 5- Trans-pupiller Termo-terapi
- 6- Foto-dinamik Sağaltım (FDT)
- 7- Anti-anjiojenik Sağaltım
- 8- Kombine Sağaltımlar

1.3.6. YBMD’de Yaşam Niteliği (Kalitesi)

Yaşlılık, gelişmiş ülkeler yanında giderek ülkemizin de önemli sorunu olmaktadır. TÜİK verilerine göre 80+ yaş nüfus 1,5 milyonu aşmıştır. Az gören yaşlılarda kendine yetme ve bağımsız hareket edebilme, “az gören aletleri” ile olanaklıdır. Yaşlılarda görme azlığı daha çok düşme ve kalça kırıklarına neden olur. İşitmesi azalan yaşlı, ayrımsamadan (fark etmeden) dudak okumaktan da yararlanmaktadır. Gerileyen görme ile dudak okuma da azalınca, engellilik artar. Bağımlılığa giden bu kısıtlılıklar yaşlı kişinin yaşam niteliğini olumsuz etkiler. Hastanın yaşı arttıkça lensin skleroze olması ile okuma için aydınlatma gereksinimi artar. Az görenlerde tercih edilen yakın aydınlatma düzeyi 5920-7534 mum/m² arasında olup, 60 Watt’lık aydınlatmaya denk gelir. (www.isikgoz.com.tr/pages/accessibilit y/accessi bility.html, erişim: 31.10.2009).

YBMD gibi görme işlevini geri dönüşümsüz olarak azaltan hastalığı olan kişilere, yaşam niteliğini artırmak amacıyla “az gören yardım aygıtları” vb. önerilebilir. Ancak yaşlı hastaların güdülenmesi (motivasyonu) genellikle düşüktür ve güdülenme, “az görene yardım tipi” seçimini doğrudan ilgilendirir. Seçilen yardım türü, hastanın yapmak istediği işten daha karmaşık, zahmetli ve hastanın işe yüklediği değer düşük ise hasta güdülenmesi düşüktür. Ayrıca aletlerin başkalarınca farkedilmesinden çekinme, aletlerin pahalı olması ve hastalığının iyileşmesini bekleme, güdülenmeyi düşüren öğelerden birkaçıdır (www.isikgoz.com.tr/pages/accessibility/accessibility.html, erişim:31.10.2009).

Çocukluk ve gençlik yıllarında tüm günlük yaşam etkinliklerini, sosyo-kültürel çalışmalarını kolaylıkla yürüten kişilerin, YBMD nedeniyle azalan görme yetileri, yaşam niteliklerini olumsuz yönde etkilemektedir (Aleyne, 2003).

DSÖ, yaşam kalitesini, “Kişilerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bütünü içinde ve amaçları, beklentileri, standartları ve görüşleri ile bağlantılı olarak, yaşam içindeki durumlarını algılamaları” olarak tanımlar (www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf, erişim : 08.11.07). Sağlık Yaşam Kalitesi'nin (SYK) klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılmaya başlanması, sağlık alanındaki iki gelişmeye bağlıdır. Bunlardan biri hasta haklarının yükselişi, öbürü ise son yıllarda ortaya çıkan agresif sağaltım yöntemleri ve yaşlanmadır (Eser E, 2007). SYK ölçümünde kullanılan pek çok ölçek vardır. Bu ölçekler, Genel Amaçlı Ölçekler ve Özel Amaçlı Ölçekler olarak iki kümeye ayrılır. Bizim Tez çalışmamızda tercih ettiğimiz, NEI VFQ-25, Özel Amaçlı Ölçekler içinde geçen göz hastalıkları ölçeklerindedir.

Görme ile ilgili hastalıklarda SYK'ni Snellen eşeli gibi görme keskinliğini ölçmek için kullanılan geleneksel klinik yöntemler, hastaların günlük yaşantılarındaki görme yetersizliklerinin düzeyini saptamakta işlevsiz kalabilmekte hatta başarısız olabilmektedir. Hastanın görme sorunu, bu eşellerde okunan sıraları aşmakta, hastanın günlük yaşamında iş, araba kullanma, okuma gibi pek çok etkinliğini olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesine olan yıkıcı etkisi katlanarak artmaktadır.

YBMD başta olmak üzere pek çok göz hastalığında görme ile ilişkili yaşam kalitesini belirlemeye yönelik anketler önem kazanmıştır (Aspinall PA, 2007). Sağaltım sonuçlarını değerlendirmede ve 'başarı' tanımlamasının yapılmasında yaşam kalitesi de artık bir ölçüt olarak ele alınmaya başlamıştır.

YBMD, süregen ve yozlaştırıcı (dejeneratif) bir süreçtir. Geliştirilen yeni sağaltım seçeneklerine karşın, merkezi görmeyi ciddi biçimde olumsuz etkilemektedir. YBMD'nin hasta üzerindeki psikolojik yükünü değerlendirmek için, görme keskinliği, FFA ve OKT bulguları dışında nesnel ölçütlere de gerek duyulmaya başlanmıştır. Hekim tarafından yapılan ölçümler, örneğin görme keskinliği, hastanın az görmesinin yaşamına olan etkisini doğrudan yansıtamamaktadır. Bu nedenle de YBMD başta olmak üzere, süregen maküla hastalıklarında 'Yaşam Kalitesi' değerlendirilmesi giderek artan bir

öneme sahip olmuştur. Yaşam kalitesi değerlendirilmesi, hastanın sağlık durumu ve işlevsel (fonksiyonel) durumunun yorumlanmasını da içermektedir. Yaşam kalitesi, "sağlık ile ilişkili" veya "görme ile ilişkili" olarak iki ayrı biçimde ele alınır (Sato T. et al, 2004). Sağaltımın başarısının değerlendirilmesinde mortalite, morbidite, görme keskinliği, görme alanı gibi nesnel (objektif) ölçütlerin yanı sıra, yaşam kalitesi anketi sonuçları da kullanılmaktadır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Retina Polikliniği'ne çeşitli retinal hastalıklarla başvuran kişiler arasından daha önce YBMD tanısı almış olup sağaltım ve izlemleri süren ve yeni tanı konan kişilerden araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Uygulama, 2008 yılı ilk yarısında (Şubat-Temmuz) Retina Polikliniği'ne başvuranlardan anket yapmaya uygun özellikte ve araştırmaya katılmayı kabul eden 381 kişiden oluşan kümede yürütülmüştür. YBMD'yi de içine alan pek çok görme sorunu için kullanılabilen, **NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği** ve demografik bilgilerin saptandığı soru formu uygulanmıştır. Her hasta, iyi gören gözde düzeltilmiş görme keskinliği saptanması ve doktor muayenesinin ardından dosyasıyla birlikte görüşme odasına alınmıştır. Sorular, Tez yürütücüsü görüşmeci tarafından okunarak yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Anket bitiminde her hastaya Amsler Testi kullanımı anlatılıp, uygulanmıştır. Kişilere hastalıklarıyla ilgili bilgilendirici el broşürü verilerek hastalıkları konusunda kısa bir eğitim sağlanmıştır.

2.1. Araştırmanın Biçimi

Tez çalışması, "**Tanımlayıcı**" tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırma Takvimi

Araştırmanın planlanması	: Ağustos- Eylül 2007
Araştırma konusu ile ilgili bilgi toplama ve ön çalışma	: Ekim-Aralık 2007,
Verilerin toplanması	: Şubat - Temmuz 2008
Verilerin değerlendirilmesi ve yorumlanması	: Eylül - Aralık 2008
Araştırma raporunun yazılması	: Ocak - Aralık 2009

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Hastane, 1968 yılında "SSK Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi" bünyesinde göz kliniği olarak hizmete başlamış, 06.06.1995'te "SSK 2000 yılında 5 katlı ek binası ve 2009 yılında Kızılay semt polikliniği hizmete girmiştir. Ulucanlar Göz Hastanesi" olarak şimdiki binasına (Ulucanlar Cad. 59) taşınmıştır. 19.02.2005'te Sağlık Bakanlığı'na devredilerek "SB Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi" olarak çalışmasını sürdürmektedir. Hastane, 1995'ten bu yana, giderek artan istem ve iş yoğunluğuna karşın; 3. Basamak sağlık hizmetini çağdaş bir biçimde sunmaya devam etmektedir. 8 katlı ana binanın yanı sıra, artan gereksinime yanıt verebilmek amacıyla ek binalar açılmıştır.

Hastanede bakılan ve izlenen toplam hasta sayısı günlük yaklaşık olarak 700 dolayındadır. Günlük ameliyat sayısı 40–60 arasındadır. Halen etkin 3 göz kliniği bulunan hastanede, 31 göz hastalıkları uzman hekim ve 36 asistan göz doktoru, 52 hemşire ve 80 dolayında öbür sağlık ve yardımcı personel çalışmaktadır. Glokom, retina, şaşılık, kornea, oküloplastisi, nöro-oftalmoloji birimlerinde uzmanlaşmış deneyimli hekimlerle hizmet verilmektedir.

60+ yaşta önemli bir görme yitiği nedeni olan sarı nokta hastalığında (Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu) uygulanan fotodinamik sağaltım yöntemini, Türkiye'de ilk uygulayan hastaneler arasındadır. Bu sağaltım, güncel öbür yöntemlerle birlikte uygulanmaktadır. Hastane "excimer" lazer (lazerle miyop ameliyatı) uygulamasına Ankara'da ilk başlayan eğitim ve araştırma hastanesidir. Kornea aktarımı konusunda da kurulduğu yıllardan beri bu ameliyatlara başarıyla gerçekleştirildiği bir merkez olan hastane, resmi olarak da Göz Bankası statüsünde olan ender merkezlerdendir. Vitreoretinal cerrahi alanında Türkiye çapında karmaşık olguların sevk edildiği ve başarıyla ameliyatlarının gerçekleştirildiği bir referans hastanedir. Tüm bu ameliyatlara sağlık güvencesi olan hastalardan hiçbir ek ücret istenmeden yapılmaktadır.

Aynı zamanda hastanede yapılan bilimsel çalışmalar, yurt içi ve yurt dışı dergi ve toplantılarda sunularak, takdir toplamaktadır.

2.4. Araştırmanın Evreni

Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde izlenen ve araştırma süresince YBMD tanısı alan yeni hastalardan araştırmamıza katılmayı kabul eden 381 olgu oluşturmaktadır.

2.5. Araştırmanın Örnekleme

Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde izlenen ve araştırma süresince YBMD tanısı alan yeni hastalardan araştırmamıza katılmayı kabul eden 381 olgunun tümü, çalışma grubunu oluşturmaktadır; örneklem çekilmemiştir.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu Tez çalışmamız, Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2008 yılı ilk yarısında başvuran yaşa bağlı maküla dejenerasyonu olguları ile sınırlıdır. Herhangi bir biçimde topluma genellenmesi olanağı yoktur.

Tez, araştırmada kullanılmış olan NEI VFQ-25/TR Ölçeği'nin sınırlılıklarını taşımaktadır. Ayrıca, izlem süresinin kısa olması ve kontrol grubunun olmaması da çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, üç bölümden oluşan anket ve bilgii formu aracılığıyla toplanmıştır.

2.7.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan kişilerin demografik bilgilerini toplamaya yönelik bu form; çalışmaya katılan kişilerin yaş, cinsiyet, en son bitirilen okul, medeni durum, çocuk sayısı, yalnız yaşayıp yaşamadığı, değilse kiminle yaşadığı, mesleği, çalışma durumu, maddi

durumu, sosyal güvencesi, aile öyküsü, hastalığın tanındığı yıl vb. gibi bilgileri toplamak amacıyla alan yazından (ilgili literatürden) yararlanılarak hazırlanmıştır. Demografik Bilgi Formu, kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Bu form aracılığıyla elde edilen veriler, tezde bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.

2.7.2. NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği

NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği tez sonunda ekler bölümünde 2 sayılı ek olarak verilmiştir.

NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puanlama anahtarı aşağıdaki gibidir:

Çizelge 2. NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Puanlama Anahtarı

Alt Gruplar	Soru Numaraları	Kategoriler	En Düşük Kategori Puanı	En Yüksek Kategori Puanı
Genel Sağlık	1	5	0	100
	A1	10	0	100
Genel Görme	2	6	0	100
Genel Görme	A2	10	0	100
Gözde Ağrı	4	5	0	100
	19	5	100	0
Yakın Görme Aktiviteleri	5, 6, 7, A3, A4, A5	6	*	100
Uzak Görme Aktiviteleri	8, 9, 14, A6, A7, A8	6	*	100
Görme Özelliğine Özgü Sosyal İşlev	11, 13, A9	6	*	100
Görme Özelliğine Özgü Akıl Sağlığı	3	5	0	100
	21, 22, 25, A12	5	100	0
Görme Özelliğine Özgü Rol Güçlükleri	17,18, A11a, A11b	5	100	0
Görme Özelliğine Özgü Bağımlılık	20, 23, 24, A13	5	100	0
Görme Özelliğine Özgü Araba Sürme	15c	5	0	100
	16, 16a	6	*	100
Görme Özelliğine Özgü Renkli Görme	12	6	*	100
Görme Özelliğine Özgü Çevresel Görme	10	6	*	100

2.7.3. 13 Soruluk Seçmeli Ek Sorular

Bu ölçekte ek 3'te yer almaktadır.

Binoküler Görme Keskinliği (BGK) Sınıflaması:

DSÖ ve Uluslararası Oftalmoloji Konseyi, "Az Görme" yi; görme keskinliği ve görme alanı yitimine göreceli, standart olarak tanımlamıştır. Görme keskinliği temel alınarak "az gören" tanımı aşağıdaki gibi incelenebilir :

Görme Keskinliği (GK)

DSÖ'nün tanımına göre görme keskinliği, iyi gören gözde düzeltilmiş (kırma kusuru gözlük ya da lensle) görme keskinliğidir. Ancak günlük yaşamda iki gözümüzü de kullandığımız için çalışmamızda yine "**düzeltilmiş, binoküler (2 gözle) görme keskinliği**" verileri ele alınmıştır.

Az görme, iyi gören gözde (kırma kusuru gözlük veya lensle) düzeltilmiş görme keskinliği 0.3'ün (20/70)- 0,05'in (20/400) arasında ise az görme olarak tanımlanır. Yasal (Legal) körlük, iyi gören gözde düzeltilmiş görme keskinliği 0,05'in altında ve görme alanı 10⁰'nin altında ise yasal körlük olarak tanımlanır. Buna göre sınıflama aşağıdaki gibidir.

1. Normal Görme : 20/25 veya daha üstünde görme.

2. Normale Yakın Görme : 20/30-20/60

3. Az Görme

3.1. Orta Dereceli Az Görme : 20/70-20/160

3.2. Ciddi Dereceli Az Görme : 20/200-20/400

4. Yasal Körlük

4.1. İleri Derecede Görsel Yetersizlik : 20/500-20/1000

(Görme alanı 10⁰'nin altında)

4.2. Tama Yakın Körlük : 20/1000 veya daha altında görme.

(Görme alanı 5⁰'nin altında)

Çalışmada kullanılan Ölçek, bu görme keskinliği sınıflandırmasını kullanarak yaşam niteliğini inceleyen, özgün adı “**National Eye Institute Vision Function Questionnaire 25 (NEI-VFQ 25)**” olan ölçektir. Özgün biçimi 39 soruluk olan Ölçeğin 2000 yılı sürümünün 25 soruluk “**25 SORULU GÖRME İŞLEVİ ANKETİ**”, görmeye özel sağlık ile ilişkili yaşam niteliği ölçüm yöntemidir.

Özgün biçimi 39 soruluk olan bu Ölçeğin 2000 sürümünün 25 soruluk “25 SORULU GÖRME İŞLEVİ ANKETİ” kullanılmıştır. Özgün (Orjinal) adı National Eye Institute Vision Function Questionnaire 25 (NEI-VFQ 25) olan Ölçek, görmeye özel sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi ölçüm yöntemidir. Bu anketteki sorular, tüm göz hastalarına yönelik olarak hazırlanmıştır. Türk halkı (populasyonu) için de uyarlanmıştır (Mitchell J. et al, 2004). Bu ankette, genel sağlık, genel görme, göz ağrısı, yakın etkinlik, uzak etkinlik, toplumsal işlevler (sosyal fonksiyon), akıl sağlığı, bağımlılık, renkli görme, çevresel (periferal) görme, rol zorluğu, araba kullanma ve genel puan alt başlıkları altında sorular vardır.

Sorular araştırmacı tarafından veya hastanın kendisinin okumasıyla uygulanmaktadır. Bu çalışmada sorular tüm gruba araştırmacı tarafından okunmuştur. Kimi sorularda hastadan görme ve sağlık düzeyine ilişkin puanlandırma yapması istenirken, kimi sorular niteliksel değerlendirme yapmayı gerektirmektedir. Her başlık ve alt başlığın puanının hesaplanmasında belirli soruların yanıtları değerlendirilmeye alınmaktadır. Her yanıtın ayrı ve daha önceden belirlenmiş sayısal değeri vardır. Bu değerlendirmede ‘sıfır’ (0), olabilecek en kötü duruma karşılık gelirken; ‘yüz’ (100) mükemmel sağlık durumunu anlatmaktadır. Bu değerlendirme, yaşam niteliği ile ilgili sayısal bir sonuç elde edilmesini sağlamaktadır ve karşılaştırma yapmaya, zamansal değişimi değerlendirmeye olanak vermektedir.

Çalışmamızda, **NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği**’nin Türkçe’ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Toprak ve Eser tarafından yapılmış biçimi kullanılmıştır (www.bayar.edu.tr/baristoprak/index.html, 2004).

Formun geçerlik ve güvenilirlik testleri 1996-2005 arasında, Celal Bayar Üniversitesi’nde yapılan çalışmayla katarakt, glokom, diyabetik retinopati, YBMD ve miyopi tanıları alan 61 hastada denenerek yapılmıştır. Türkçe’ye uyumu, sonradan

sağlanan NEI VFQ–25/TR Ölçeği, özgün sürümü ile benzer psikometrik özelliklere, geçerlik ve güvenilirliğe sahiptir. Türkçe konuşan göz hastaları için değişik sağaltım seçeneklerinin ve hastalığın yaşam kaliteleri üzerine etkilerini incelemek için geçerli bir anket olarak kullanılır.

GATA'da “Glokom Hastalarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” adı altında yapılan tez çalışmasıyla (Avcı, 2005), NEI VFQ–25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik güvenilirlik analizi de yapılmıştır (www.gata.edu.tr/saglikbilimleri/yuklis/GATA_2005_tez_özetleri.pdf). Hacettepe Üniversitesi'nde 2007'de yapılan, Şekeroğlu'nun “Yaş Tıp Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Fotodinamik Sağaltım Sonrası Optik Koherens Tomografi, Fundus Floresein Anjiografi ve Yaşam Kalitesi Sonuçlarının Karşılaştırılması” adlı tez çalışmasında da, NEI VFQ–25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği : Kişilerin genel sağlığıyla ilgili 1, genel görmeleriyle ilgili 1, yakın görmeleriyle ilgili 3, uzak görmeleriyle ilgili 3, toplumsal ilişkilerinde yaşadığı sınırlılıklarla ilgili 2, görmesi nedeniyle rol kısıtlılığıyla ilgili 2, başkalarına bağımlılık durumuyla ilgili 3, akıl sağlığıyla ilgili 4, araba kullanabilme güçlüğüyle ilgili 5, çevresel görme azlığı ile ilgili 1, renkli görme ile ilgili bir ve gözde ağrı yakınmai ile ilgili 2 sorudan oluşur.

2.8. Ön Uygulama

Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden araştırma için yazılı izin alındıktan sonra, formun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini sınamak amacıyla, çalışma grubundan yaklaşık 20 kişiye uygulanmıştır. Bu sırada, ölçüm aracı olarak kullanılacak formların ortalama uygulama sürelerinin 20 dk. olduğu saptanmıştır. Ön deneme sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak, hedeflenen olgulara uygulama aşamasına geçilmiştir.

2.9. Değişkenler

Bağımsız değişkenler : Sosyo-demografik değişkenlerden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, maddi durum, meslek, hastalık süresi.
Binoküler görme keskinliği.

Bağımlı değişken : ***NEI VFQ–25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeğiyle***
değerlendirilen yaşam kalitesi, bu ölçekle belirlenen puanlar ve alt puanlar.

2.10 Hipotezler

1. Hastaların yaşı ile NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.
2. Hastaların cinsiyetiyle NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.
3. Hastaların kendi bildirimlerine göre maddi durumlarıyla NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.
4. Hastaların meslekleriyle NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.
5. Hastaların YBMD Hastalığı süresiyle NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.
6. Hastaların Binoküler Görme Keskinlikleriyle NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.

2.11. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılan, düzeltilmiş görme keskinlikleri ölçülmüş olan, hastalardan sözlü onam (rıza) alındıktan sonra poliklinikte veya serviste sessiz ve rahat bir ortamda, tez sahibince yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır. Araştırma verileri 04.02.2008-31.07.2008 tarihleri arasında elde edilmiştir. Anket soruları çalışma grubuna bizzat araştırmacı tarafından anlaşılır biçimde okunmuş, yanıtları kaydedilmiştir. Her bir anketin uygulama süresi ortalama 20 dakika sürmüştür.

2.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for Social Science) version 15 paket programı kullanılmıştır. Çalışmada demografik verilere ilişkin sayısal (frekans) değerler ve Ölçek puan dağılımları verilmiştir.

Karşılaştırmalarda, normal dağılım varsayımları sağlandığında tek yönlü varyans analizi ANOVA, sağlanmadığında 3 ve daha çok küme varlığında parametrik olmayan tek yönlü Kruskal-Wallis ANOVA testi ve 2'li karşılaştırmalarda Bonferoni testi; 2 kümeli karşılaştırmalarda ise yine aynı gerekçe ile parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Önemlilik (signifikans) düzeyi olarak $p=0,05$ alınmış olup, $p<0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p>0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı kabul edilmiştir.

2.13. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili hastane başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. YBMD'li hastalara araştırma hakkında sözlü bilgi verilmiş, araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır (Aydınlatılmış Onam). Araştırma sonunda elde edilen bilgiler araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır (Dürüstlük). Katılımcılara araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları, bu nedenle kendilerinin zorlanmayacağı belirtilmiştir (Otonomi, Kişiyeye Saygı). Araştırma raporunda kişisel bilgiler ve sır olarak verilen özel bilgiler, araştırmaya katılanların izni olmadıkça açıklanmayacaktır (Gizlilik, Dürüstlük). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öbür hasta ve hasta yakınlarındanda (örneklemimiz olan 381 olgu dışında) isteyenlerin görmeleri ETDRS(Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study) eşeliyle alınıp, Amsler testi uygulanmış ve tanıtıcı broşür verilmesi hizmeti sunulmuştur (Eşitlik).

2.14. Tez Yazımı

Tez yazımında **Dil Derneği Yazım Kılavuzu**'ndan yararlanılmıştır (5. Bs., 2002).

3. BULGULAR

3.1 Çalışma Grubunun Temel Özellikleri

Bu bölümde ilk olarak çalışma grubunda bulunan 381 kişinin kimi sosyo-demografik özellikleri ve tanısal özellikleri (Çizelge 3-4 ve 5'te) verilecektir. Çalışma grubunun sosyo demografik özelliklerden yaş, cinsiyet, en son bitirilen okul, medeni durum, çocuk sayısı, kişinin yalnız yaşama durumu, mesleği, çalışma durumu, maddi durumu, sosyal güvencesi, aile öyküsü, hastalığın tanındığı yıl gibi özelliklerinin tanımlatıcı yanları incelenecektir. Çalışma grubunun sosyo-demografik özelliklerden (yaş grupları, cinsiyet, eğitim durumu, maddi durum) bazıları, hastanın kaç yıl önce tanı aldığı ve binoküler görme keskinliği sınıflarıyla; araştırma ölçeğimiz olan NEI VFQ-25/TR ölçeğinin (genel sağlık ve görme, faaliyetlerle ilgili zorluklar, görme sorunlarının sonuçları, yakın görme, uzak görme, rol kısıtlaması, esenlik-sıkıntı-bağımlılık) alt puanlarıyla karşılaştırmalı çözümlemelere girilecektir.

Çizelge 3'te çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

Çizelge 3. Çalışma Grubunu Oluşturanların Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri.

Cinsiyet	n	%
Kadın	166	43,6
Erkek	215	56,4
Medeni Durum		
Evli	269	70,6
Bekâr	17	4,5
Dul-Boşanmış-Ayrı Yaşıyor	95	24,9
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	55	14,4
Okul bitirmemiş-okur yazar	181	47,5
İlköğretimi bitirmiş	87	22,8
Lise bitirmiş	48	12,6
Üniversite ve üstü eğitilmiş	10	2,6
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	55	14,4
Eşiyle	156	40,9
Eş ve Çocuklarla	94	24,7
Anne-Baba-Kardeşle/lerle	11	2,9
Öbür	65	17,1
Maddi Durum (Hastanın Kendi İfadesiyle)		
Düşük	152	39,9
Orta	197	51,7
İyi	32	8,4
Sosyal Güvence		
Hayır- Yok	1	--
SSK	290	76,1
Emekli Sandığı	25	6,6
Bağ-Kur	26	6,8
Yeşil Kart	29	7,6
Özel Sigorta	0	--
Öbür-Başka Sigorta	10	2,6
Ailede YBMD Öyküsü		
Hayır Yok	278	73,0
Anne	14	3,7
Baba	25	6,6
Kardeş	55	14,4
Çocuk	2	--
Amca, Dayı, Teyze, Hala	1	--
Öbür	6	1,6
Ailede YBMD Toplamı..	103	27,0
Hastalığı Algılayış		
Geçici	65	17,1
Sürecek	257	67,5
Ara ara gelen	37	9,7
Başka..	22	5,8
TOPLAM	381	100

Sosyo-demografik veriler irdelendiğinde kadın / erkek oranlarının yaklaşık ve sırasıyla %43,6 ve %56,4 düzeyinde olduğu gözlenmektedir. Kabaca her 7 hastadan birinin okuma-yazması yoktur. Olguların %47,5'i okul bitirmeksizin okuryazar iken,

yüksek öğrenimliler ancak %2,6'da kalmaktadır. Katılımcıların %70,6'sı evlidir, evde yalnız yaşayanlar 55 kişi olup, %14,4 oranına denk düşmektedir.

Çalışma Grubunun yalnızca 32'sinin (%8,4) parasal durumu kendi bildirimlerine göre "iyi" dir. Maddi durumu "düşük" olanlar her 5 hastadan 2'si dolayındadır. Ekonomik durumlarını "orta" olarak tanımlayanlar, çalışma grubunu yarısını oluşturmaktadır. İlginç biçimde, ailede YBMD tanısı alma oran 103 hastada gözlenmiş olup, %27 gibi yüksek bir orana karşılıktır. Bir başka anlatımla, her 4 hastadan 1'inin uzak ya da yakın akrabalarında YBMD tanısı konmuş olup, hastalığın ailesel-genetik boyutuna dikkat çekmektedir.

Sosyal güvence kaynağının ¾'ü SSK olup yalnızca 1 (bir) hastanın güvencesi yoktur. Öbür sosyal güvenlik kurumlarına dağılım %2,6 ile %7,6 arasındadır. Yeşil Kart sahipleri $29 / 381 = \%7,6$ düzeyindedir.

Hastaların mesleklerine göre dağılımı çizelge 4'te sunulmaktadır.

Çizelge 4. Çalışma Grubunu Oluşturanların Mesleksel Özellikleri

Meslekler	n	%
Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (ILO) Göre		
Silahlı Kuvvetler	1	--
Yasa yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler	17	4,5
Profesyonel meslek üyeleri	7	1,8
Yardımcı profesyonel meslek üyeleri	10	2,6
Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanları	2	--
Hizmet ve satış elemanları	11	2,9
Nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	13	3,4
Sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar	27	7,1
Tesis ve makine operatörleri ve montajcıları	3	0,8
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	290	76,1
TOPLAM	381	100,0

Hastaların salt 40'ı (%10,5'i) çalışmakta 341 olgu (%89,5) çalışmamaktadır. Mesleklere göre dağılım incelendiğinde her 4 hastadan 3'ü (%76) "Nitelik Gerektirmeyen İşlerde" çalışmaktadır. Geriye kalan diğer mesleklere hastaların sayısal dağılımı çok heterojen olduğundan hipotezlerde yer alan NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ve meslekler karşılaştırması yapılamamıştır.

Çizelge 5'te çalışma grubunun binoküler görme keskinliği sınıflamasına göre dağılımları ve YBMD tiplerine göre tanıları incelenmektedir.

Çizelge 5. Çalışma Grubunun Binoküler Görme Keskinliği Sınıflaması ve YBMD Tipleri Özellikleri.

Binoküler Görme Keskinliği Sınıflaması	n	%
Tam Kör	0	--
Tama Yakın Körlük	4	--
İleri Derecede Görsel Yetersizlik	28	7,3
Ciddi Dereceli Az Görme	14	3,7
Orta Dereceli Az Görme	174	45,7
Normale Yakın Görme	111	29,1
Normal Görme	50	13,1
YBMD Tipleri		
Kuru Tip YBMD	272	71,4
Yaş Tip YBMD	109	28,6
TOPLAM	381	100,0

Olguların %71,4'ü Kuru Tip YBMD ve %28'i Yaş Tip YBMD tanısı almıştır. 381 olgu içinde "tam kör" olan yokken, 4 olgu tama yakın kördür. İleri Derecede Görsel Yetersizlik 28 olguda (%7,3) tanılanmış olup. Kümenin yaklaşık yarısı (%45,7) orta düzeyde görmektedir.

Hastaların YBMD nedeniyle hastaneye yatışı, hastalıklarına eşlik eden ilaç kullanımı gerektiren hastalık ve çoklu eşlikçi hastalık verileri Çizelge 6'da incelemeye sunulmaktadır.

Çizelge 6. YBMD Nedeniyle Hastaneye Yatış, Eşlik Eden İlaç Kullanımı Gerektiren Hastalık ve Çoklu Eşlikçi Hastalık Verileri.

Hastalığı Sürecinde Hastaneye Yatışı	Yanıtlar...	n	%
	Hayır	304	79,8
	Evet	77	20,2
İlaç Kullanımı Gerektiren Hastalıkları	Hayır	98	25,7
	Hipertansiyon	91	23,9
	Diyabet	62	16,3
	Astım	23	6,0
	Kalp yetmezliği	14	3,7
	Kanser	13	3,4
	Osteoporoz	11	2,9
	Prostat hipertrofisi	9	2,4
	Eklemler romatizması	8	2,1
	Glokom	7	1,8
	Hipertiroidi	6	1,6
	Hipotiroidi	6	1,6
	Menopoz	4	--
	Böbrek yetmezliği	3	--
	Depresyon	3	--
	Gastrit	3	--
	Ülser	3	--
	Alzheimer hastalığı	2	--
	Migren	2	--
	Anemi	1	--
	Behçet hastalığı	1	--
	Burger hastalığı	1	--
	Derin ven trombozu	1	--
	Epilepsi	1	--
	Fil hastalığı	1	--
	Gut artriti	1	--
	Hemofili	1	--
Hiperkolesterolemi	1	--	
KOAH	1	--	
Osteoartrit	1	--	
Parkinson hastalığı	1	--	
Siroz	1	--	
Çoklu Eşlikçi hastalık (Ko-Morbidite)	Yok	356	93,4
	HT + DM	20	5,2
	HT + Glokom	2	--
	DM + Glokom	3	--
	TOPLAM ...	381	100,0

Çizelge 6 verileri, çalışma grubundaki hastaların %79,8'inin hastalığı sürecinde herhangi bir göz hastalığıyla ilgili hastanede yatmadığını, %20,2'sinin ise hastalığı süresince bir dönem hastanede yattığını bulgulamaktadır. YBMD tanısı alan olguların yalnızca ¼'ünde eşlik eden bir hastalık "*olmadığını*" bulgulamaktadır. Hipertansiyon 91 (%23,9) ve DM 62 olguda (%16,3) kaydedilmiştir. Astım, 23 olgu ile (%6) 3. sırayı almaktadır Kalp yetmezliği olan 14 (%3,7) ve kanserli 13 olgu (%3,4) vardır. Öteki eşlikçi hastalıklar sayı olarak 1 ile 9 arasındadır.

Çizelgenin devamında, YBMD tanısına ek olarak 1'den çok eşlik eden hastalık tanıları dikkate getirilmektedir. Bu bağlamda 25 olgunun (%6,5) çoklu eşlik eden hastalığı vardır ve Hipertansiyon + DM 20 olgu ile (%5,2) başı çekmektedir. Sırasıyla 3 ve 2 olgu ise Hipertansiyon + Glokom ve DM + Glokom çizelgesi içindedirler.

3.2. Çalışma Grubu İçinde Karşılaştırmalı Çözümlemeler

NEI VFQ-25'te ve Seçmeli Ek Sorularda, kendi içindeki ana başlıklarda sayısal irdeleme yapılmıştır, Buna göre "*Alt-Ölçekler*" aşağıdaki gibi 7 grupta sınıflanır.

1. Alt-Ölçek : Genel Sağlık ve Görme
2. Alt-Ölçek : Faaliyetlerle İlgili Zorluklar
3. Alt-Ölçek : Görme Sorunlarının Sonuçları
4. Alt Ölçek : Yakın Görme
5. Alt-Ölçek : Uzak Görme
6. Alt-Ölçek : Rol Kısıtlanması
7. Alt Ölçekler : Esenlik / Sıkıntı (#A12) ve Bağımlılık (#A13)

Çizelge 7'de YBMD olgularının yaş gruplarının, NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Puanlarıyla ilişkisi irdelenmektedir.

Çizelge 7. YBMD Olgularının Yaşı ve NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Puanları.

NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçekleri	Yaş Dilimleri	İstatistikler						Kruskal-Wallis H Testi		
		n	Ortal.	Ortanca	En Az	En Çok	St. Sap.	KWH	P	İkili Karşılaştırılmada Farklı Olanlar
Genel Sağlık ve Görme	1 : 40-49	10	39,6	40,0	28,0	52,0	8,5	17,8	0,001	1-2 1-3 1-4 1-5 2-4 2-5 3-4
	2 : 50-59	41	43,0	40,0	24,0	68,0	10,7			
	3 : 60-69	123	43,1	44,0	20,0	72,0	10,7			
	4 : 70-79	161	47,7	48,0	24,0	76,0	12,1			
	5 : 80+	46	48,8	48,0	24,0	72,0	11,6			
	Toplam...	381	45,6	44,0	20,0	76,0	11,6			
Faaliyetle İlgili Zorluklar	1 : 40-49	10	22,6	20,0	18,0	38,0	5,9	37,5	0,000	1-2 1-3 1-4 1-5 2-4 2-5 3-4 3-5
	2 : 50-59	41	26,1	20,0	18,0	78,0	12,2			
	3 : 60-69	123	29,3	24,0	16,0	80,0	14,1			
	4 : 70-79	161	38,1	32,0	14,0	92,0	19,3			
	5 : 80+	46	36,9	30,0	14,0	82,0	19,0			
	Toplam...	381	33,4	26,0	14,0	92,0	17,5			
Görme Sorunlarının Sonuçları	1 : 40-49	10	91,8	93,3	80,0	100,0	6,8	52,3	0,000	1-2 1-3 1-4 1-5 2-4 2-5 3-4 3-5
	2 : 50-59	41	85,9	93,3	40,0	100,0	15,5			
	3 : 60-69	123	81,8	86,7	26,7	100,0	17,1			
	4 : 70-79	161	70,5	75,6	20,0	100,0	21,0			
	5 : 80+	46	67,1	68,9	24,4	100,0	21,1			
	Toplam...	381	76,0	80,0	20,0	100,0	20,2			
Yakın Görme	1 : 40-49	10	23,3	20,0	20,0	33,3	5,7	18,1	0,001	1-2 1-3 1-4 1-5 2-4 2-5 3-4 3-5
	2 : 50-59	41	27,5	20,0	6,7	93,3	17,8			
	3 : 60-69	123	32,6	26,7	6,7	86,7	17,9			
	4 : 70-79	161	41,6	33,3	0,0	100,0	25,7			
	5 : 80+	46	40,7	33,3	6,7	93,3	25,5			
	Toplam...	381	36,6	33,3	0,0	100,0	22,9			
Uzak Görme	1 : 40-49	10	20,7	20,0	20,0	26,7	2,1	18,1	0,001	1-3 1-4 1-5 2-4 2-5 3-4 3-5
	2 : 50-59	41	24,4	20,0	13,3	80,0	13,3			
	3 : 60-69	123	25,6	20,0	13,3	86,7	13,5			
	4 : 70-79	161	35,9	26,7	13,3	86,7	19,8			
	5 : 80+	46	35,4	26,7	13,3	86,7	21,7			
	Toplam...	381	30,9	20,0	13,3	86,7	18,1			
Rol Kısıtlaması	1 : 40-49	10	96,0	100,0	80,0	100,0	7,0	50,5	0,000	1-2 1-3 1-4 1-5 2-4 2-5 3-4 3-5
	2 : 50-59	41	83,2	90,0	20,0	100,0	19,8			
	3 : 60-69	123	78,4	80,0	20,0	100,0	17,1			
	4 : 70-79	161	68,4	70,0	20,0	100,0	21,5			
	5 : 80+	46	64,8	70,0	20,0	100,0	22,1			
	Toplam	381	73,5	80,0	20,0	100,0	21,0			
Esenlik, Sıkıntı, Bağımlılık	1 : 40-49	10	94,0	100,0	80,0	100,0	8,4	34,9	0,000	1-2 1-3 1-4 1-5 2-4 2-5 3-4 3-5
	2 : 50-59	41	86,3	90,0	20,0	100,0	17,3			
	3 : 60-69	123	85,4	90,0	20,0	100,0	19,2			
	4 : 70-79	161	72,7	80,0	20,0	100,0	25,2			
	5 : 80+	46	71,1	80,0	20,0	100,0	26,6			
	Toplam...	381	78,6	80,0	20,0	100,0	23,5			

Çizelge 7’de “Genel Sağlık ve Görme” Alt ölçeğinde, yaşın artışının tersine bir ilişki olduğu; yaş arttıkça “Genel Sağlık ve Görme” puanlarının azaldığı görülmektedir ($p=0,001$).

“Faaliyetle İlgili Zorluklar” puanlarının yaşın artışına paralel olarak arttığı görülür ($p=0,000$).

Hastaların yaş dilimlerine göre, “Görme Sorunlarının Sonuçları” puanlarının da yaşın artışına paralel olarak seyrettiği görülmektedir ($p=0,000$). Hastaların Görme Sorunlarının Sonuçları Puanı ile görme sorununu algılayışı ise ters orantılıdır.

Yaş arttıkça “Yakın Görme” kalitesinin azaldığı görülmektedir ($p=0,001$).

“Uzak Görme” kalitesinin de “Yakın Görme” gibi yaş artışıyla ters ilişkili olarak azaldığı ($p=0,000$).

Yaşın artışıyla “Rol Kısıtlaması” puanlarının azalmış olduğu görülür. Bunun hastaların yaş dışındaki diğer özelliklerine bağlı olduğu düşünülmektedir. “Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanlarının ise yaşın artışıyla azaldığı görülmektedir ($p=0,000$).

Çizelge 8’de çalışma grubundaki 381 olgudaki cinsiyet farklılığının (NEI VFQ-25/TR Ölçeği alt puanlarına göre) yaşam kalitesine etkisi incelenmektedir.

Çizelge 8. YBMD Olgularının Cinsiyeti ve NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Puanları.

NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçekleri	YBMD Olgularının Cinsiyeti	İstatistikler..						Mann-Whitney U Testi	
		n	Ortal.	Ortanca	En Az	En Çok	St. Sap.	z	p
Genel Sağlık ve Görme	Kadın	166	48,9	48,0	24,0	76,0	10,9	-5,123	0,000
	Erkek	215	43,1	40,0	20,0	76,0	11,5		
	Toplam	381	45,6	44,0	20,0	76,0	11,6		
Faaliyetle İlgili Zorluklar	Kadın	166	33,2	28,0	16,0	92,0	16,5	-0,982	0,326
	Erkek	215	33,6	26,0	14,0	88,0	18,2		
	Toplam	381	33,4	26,0	14,0	92,0	17,5		
Görme Sorunlarının Sonuçları	Kadın	166	72,7	77,8	22,2	100,0	19,3	-3,867	0,000
	Erkek	215	78,5	86,7	20,0	100,0	20,6		
	Toplam	381	76,0	80,0	20,0	100,0	20,2		
Yakın Görme	Kadın	166	36,2	33,3	0,0	100,0	21,8	-0,308	0,758
	Erkek	215	36,9	33,3	6,7	93,3	23,8		
	Toplam	381	36,6	33,3	0,0	100,0	22,9		
Uzak Görme	Kadın	166	30,4	20,0	13,3	86,7	18,2	-0,398	0,691
	Erkek	215	31,2	20,0	13,3	86,7	18,1		
	Toplam	381	30,9	20,0	13,3	86,7	18,1		
Rol Kısıtlaması	Kadın	166	70,7	80,0	20,0	100,0	20,3	-2,960	0,003
	Erkek	215	75,7	80,0	20,0	100,0	21,3		
	Toplam	381	73,5	80,0	20,0	100,0	21,0		
Esenlik, Sıkıntı, Bağımlılık	Kadın	166	75,3	80,0	20,0	100,0	23,1	-3,408	0,001
	Erkek	215	81,2	90,0	20,0	100,0	23,6		
	Toplam	381	78,6	80,0	20,0	100,0	23,5		

“Genel Sağlık ve Görme”nin kadınlarda anlamlı derecede yüksek görülmektedir ($p<0,05$).

“Görme Sorunlarının Sonuçları”na ilişkin sorunların erkeklerde daha az gözlemlendiği anlaşılmaktadır ($p<0,000$).

“Faaliyetle İlgili Zorluklar” açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

“Yakını Görme ”puanları incelendiğinde, YBMD olgularının cinsiyetinden bağımsız olduğu görülmektedir ($p=0,758$).

“Uzağı Görme” de de puanlar, YBMD olgularının cinsiyetinden bağımsızdır ($p=0,691$).

“Rol Kısıtlaması” puanlarının, cinsiyetle ters bir ilişki içerisinde olup, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,003$).

“Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanlarının, erkek YBMD hastalarında daha yüksek olduğu kestirilmektedir ($p=0,001$).

Çizelge 9'da çalışma grubunun eğitim düzeylerine göre sınıflandırılması ve bunun yaşam kalitelerine olan etkisi (NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanlarına göre) bulgulanacaktır.

Çizelge 9. Çalışma Grubunun Eğitim Durumu ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları.

NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçekleri	Eğitim Durumu	İstatistikler..						Kruskal-Wallis H Testi		
		n	Ortal.	Ortanca	En Az	En Çok	St. Sap.	KWH	p	İkili Karşılaş-tırmada Farklı Olanlar
Genel Sağlık ve Görme	Okuryazar Değil	55	46,8	48,0	24,0	72,0	11,8	15,039	0,005	1-3 1-4 1-5 2-3 2-4
	Okul bitirmemiş-Okuryazar	181	47,5	48,0	20,0	76,0	11,9			
	İlköğretim Bitirmiş	87	43,5	44,0	24,0	72,0	10,5			
	Lise Bitirmiş	48	42,8	44,0	24,0	68,0	11,1			
	Üniversite ve Üstü Bitirmiş	10	37,2	36,0	24,0	52,0	8,9			
Faaliyetle İlgili Zorluklar	Okuryazar Değil	55	25,3	22,0	14,0	56,0	10,8	61,313	0,000	2-1 2-3 2-4 2-5
	Okul Bitirmemiş-Okur Yazar	181	39,5	34,0	18,0	92,0	18,8			
	İlköğretim Bitirmiş	87	30,2	24,0	18,0	84,0	15,2			
	Lise Bitirmiş	48	27,2	20,0	18,0	82,0	15,7			
	Üniversite ve Üstü Bitirmiş	10	25,2	21,0	20,0	40,0	7,7			
Görme Sorunlarının Sonuçları	Okuryazar Değil	55	72,8	75,6	22,2	100,0	17,9	52,106	0,000	1-3 1-4 1-5 2-3 2-4 2-5
	Okul Bitimemiş-Okuryazar	181	70,3	75,6	20,0	100,0	21,3			
	İlköğretim Bitirmiş	87	82,0	86,7	26,7	100,0	16,8			
	Lise Bitirmiş	48	87,2	93,3	33,3	100,0	16,8			
	Üniversite ve Üstü Bitirmiş	10	88,9	93,3	60,0	100,0	12,9			
Yakın Görme	Okuryazar Değil	55	15,4	13,3	0,0	53,3	10,5	128,694	0,000	1-2 1-3 1-4 1-5
	Okul bitirmemiş-Okuryazar	181	47,1	40,0	13,3	100,0	23,2			
	İlköğretim Bitirmiş	87	33,6	26,7	20,0	86,7	18,7			
	Lise Bitirmiş	48	28,5	20,0	20,0	80,0	18,0			
	Üniversite ve Üstü Bitirmiş	10	27,3	20,0	20,0	53,3	12,7			
Uzak Görme	Okuryazar Değil	55	28,4	20,0	13,3	80,0	16,6	18,193	0,001	2-4 2-5
	Okul bitirmemiş-Okuryazar	181	35,0	26,7	13,3	86,7	19,7			
	İlköğretim Bitirmiş	87	27,0	20,0	13,3	86,7	14,3			
	Lise Bitirmiş	48	26,7	20,0	20,0	86,7	18,2			
	Üniversite ve Üstü Bitirmiş	10	23,3	20,0	20,0	33,3	5,7			
Rol Kısıtlaması	Okuryazar Değil	55	71,1	80,0	20,0	100,0	18,7	35,884	0,000	1-3 1-4 1-5 2-3 2-4 2-5
	Okul bitirmemiş-Okuryazar	181	68,6	80,0	20,0	100,0	22,1			
	İlköğretim Bitirmiş	87	78,0	80,0	20,0	100,0	17,0			
	Lise Bitirmiş	48	83,1	85,0	20,0	100,0	20,6			
	Üniversite ve Üstü Bitirmiş	10	91,0	95,0	80,0	100,0	9,9			
Esenlik, Sıkıntı, Bağımlılık	Okuryazar Değil	55	77,5	80,0	20,0	100,0	22,5	40,796	0,000	1-3 1-4 1-5 2-3 2-4 2-5
	Okul bitirmemiş-Okuryazar	181	72,2	80,0	20,0	100,0	25,5			
	İlköğretim Bitirmiş	87	85,3	90,0	20,0	100,0	18,4			
	Lise Bitirmiş	48	88,8	100,0	20,0	100,0	19,4			
	Üniversite ve Üstü Bitirmiş	10	95,0	100,0	80,0	100,0	7,1			

Çizelge 9 verileri incelendiğinde; ölçeğin “Genel Sağlık ve Görme” Alt Ölçeğinde beş farklı eğitim düzeyinde hesaplanan ortanca puanları 36,0-48,0 arasında değişmektedir ve bu durum az eğitilmişler aleyhinedir. Beş ortanca değer istatistiksel olarak farklıdır ($p=0,005$).

İkili karşılaştırmalarda Bonferoni Testiyle birbirinden anlamlı derecede farklı olan ortanca puanlar çizelgede gösterilmiştir. Buna göre okuryazar olmayanlar ile okul bitirmemiş okuryazarların ortanca puanlarıyla (48,0), ilköğretim ve lise bitirmiş olan hastaların ortanca puanları (44,0) ve arasındaki fark anlamlıdır.

Benzer biçimde üniversite ve üstü eğitilmiş 10 hastanın ortanca puanı 36,0 olup, 48,0 puan ortancalı en az eğitilmiş iki hasta grubundan istatistiksel olarak önemli düzeyde düşüktür.

Çizelge 9’un “Faaliyetle İlgili Zorluklar” Alt Ölçeğinden elde edilen 5 ortanca rakamının birbirinden oldukça farklı olduğu bulgulanmaktadır. Burada istatistiksel olarak yüksek düzeyde farklılığı yaratan başlıca kümenin 34,0 ortanca puanla okul bitirmeksizin okuryazar olanlar olduğu anlaşılmaktadır.

“Görme Sorunlarının Sonuçları” Alt Ölçeğinde 5 ortanca puanının 93,3-75,6 arasında geniş bir dağılım gösterdiği ve bu dağılımın da önemli olduğu kaydedilmektedir ($p=0,000$).

Burada bundan önceki iki alt ölçeğin tersine bir sonuç çıkmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça “Görme Sorunlarının Sonuçları” ağırlaşmaktadır.

“Yakın Görme” Alt Ölçeğinden elde edilen 5 ortanca rakamının 13,3-40,0 arasında geniş bir yelpazede farklı olduğu bulgulanmaktadır. Burada istatistiksel olarak yüksek düzeyde farklılığı yaratan başlıca kümenin 40,0 ortanca puanla okul bitirmeksizin okuryazar olanlar olduğu anlaşılmaktadır.

“Uzak Görme” Alt Ölçeğinde ortanca puanının 20,0-26,7 arasında bir dağılım gösterdiği ve bu dağılımın da önemli olduğu kaydedilmektedir ($p=0,001$)

İlköğretim bitirmiş olanlara kadarki gruplarda eğitim düzeyi arttıkça “Rol Kısıtlaması” ortanca puanlarının değişmediği fakat lise, üniversite ve üstü bitirmişlerde

puanların çarpıcı şekilde arttığı ve rol kısıtlamasının daha çok izlendiği ve ortancalar arasındaki bu farkın önemli derecede anlamlı olduğu bulgulanmaktadır ($p=0,000$).

“Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanları arasında da Rol Kısıtlamasında olduğu gibi lise, üniversite ve üstü bitirmiş kişilerin puanlarının ölçeğin ters yönlü puanlama şekliyle 100,0 gibi çok yüksek olduğu saptanmıştır. Okuryazarlık düzeyinin artışıyla birlikte kişilerin kendilerini daha da bağımlı hissettikleri bulgusu anlamlıdır ($p<0,005$)

Çizelge 10’da çalışma grubunun maddi durumlarına göre sınıflandırılması ve bunun yaşam kalitelerine olan etkisi (NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanlarına göre) bulgulanacaktır.

Çizelge 10: Çalışma Grubunun Maddi Durumu ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları (N=381).

NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçekleri	Maddi Durum (Hastanın Kendi Bildirimiyle)	İstatistikler..						Kruskall-Wallis H Testi		
		n	Ortal.	Ortanca	En Az	En Çok	St. Sap.	KWH	p	İkili Karşılaştırılmada Farklı Olanlar
Genel Sağlık ve Görme	Düşük	152	46,8	48,0	24,0	76,0	12,4	4,43	0,109	--
	Orta	197	45,3	44,0	20,0	72,0	11,2			
	İyi	32	42,0	40,0	24,0	64,0	9,1			
Faaliyetle İlgili Zorluklar	Düşük	152	34,3	28,0	14,0	88,0	17,9	1,82	0,391	--
	Orta	197	33,4	26,0	14,0	92,0	17,9			
	İyi	32	29,1	24,0	20,0	60,0	11,5			
Görme Sorunlarının Sonuçları	Düşük	152	72,7	77,8	24,4	100,0	20,2	11,55	0,003	3-1 3-2
	Orta	197	77,3	82,2	20,0	100,0	20,5			
	İyi	32	83,4	87,8	46,7	100,0	16,0			
Yakın Görme	Düşük	152	37,2	33,3	6,7	100,0	24,1	1,46	0,481	--
	Orta	197	37,0	33,3	6,7	93,3	22,4			
	İyi	32	31,5	20,0	0,0	86,7	19,5			
Uzak Görme	Düşük	152	31,0	20,0	13,3	86,7	18,5	0,631	0,729	--
	Orta	197	31,3	20,0	13,3	86,7	18,2			
	İyi	32	27,7	20,0	13,3	86,7	15,3			
Rol Kısıtlaması	Düşük	152	70,6	80,0	20,0	100,0	20,7	9,332	0,009	3-1 3-2
	Orta	197	74,6	80,0	20,0	100,0	21,2			
	İyi	32	80,9	80,0	30,0	100,0	18,4			
Esenlik, Sıkıntı, Bağımlılık	Düşük	152	74,4	80,0	20,0	100,0	25,2	13,017	0,001	3-1 3-2
	Orta	197	80,2	90,0	20,0	100,0	22,6			
	İyi	32	89,4	95,0	50,0	100,0	15,0			

Çizelge 10'da hastaların maddi durum ortancaları incelendiğinde, "Genel Sağlık ve Görme" ortanclarının 40,0-48,0 arasında değiştiği ve aralarındaki ilişkinin az olduğu görölmektedir ($p>0,05$).

"Faaliyetle İlgili Zorluklar"a ilişkin sorunların ortancaları 24,0-28,0 arasında bir değişim izlemekte olup, aralarındaki ilişkinin daha az gözlendiği anlaşılmaktadır ($p=0,319$).

"Görme Sorunlarının Sonuçları" açısından maddi durum ortancalarının arasında anlamlı bir fark görölmektedir ($p<0,05$).

"Yakını Görme "puanları incelendiğinde, YBMD olgularının maddi durumlarının bağımsız olduğu görölür ($p=0,481$).

"Uzağı Görme" de ise ortanca puanları tüm gruplarda aynı (20,0) olup, YBMD olgularının maddi durumundan bağımsızdır ($p=0,729$).

"Rol Kısıtlaması" puanlarının ortancaları da tüm gruplarda 80,0 olup aralarındaki ilişkinin maddi durumla ilişkisinin düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,009$).

"Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık" ortanca puanlarının (80,0-95,0) YBMD hastalarının maddi durumlarıyla ilişkisinin daha yüksek olduğu kestirilmektedir ($p=0,001$).

Çizelge 11'de YBMD olgularının kaç yıl önce tanılandığını oluşturan gruplarının, NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Puanlarıyla ilişkisi irdelenmektedir.

Çizelge 11: Çalışma Grubunun Kaç Yıl Önce Tanı Aldığı ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları.

NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçekleri	Kaç Yıl Önce Tanılandığı	İstatistikler...						Kruskal-Wallis H Testi	
		n	Ortal.	Ortanca	En Az	En Çok	St. Sap.	KWH	p
Genel Sağlık ve Görme	0 Yıl	87	46,6	48,0	24,0	76,0	13,2	4,229	0,517
	1 Yıl	79	45,2	44,0	24,0	68,0	10,5		
	2 Yıl	54	45,3	44,0	24,0	76,0	12,2		
	3 Yıl	36	45,7	46,0	28,0	68,0	10,6		
	4 Yıl	40	47,7	48,0	24,0	68,0	9,8		
	5+ Yıl	85	44,2	44,0	20,0	72,0	11,8		
Faaliyetle İlgili Zorluklar	0 Yıl	87	35,1	24,0	16,0	84,0	20,3	5,099	0,404
	1 Yıl	79	33,0	26,0	14,0	92,0	17,1		
	2 Yıl	54	35,5	29,0	18,0	88,0	17,9		
	3 Yıl	36	31,3	24,0	16,0	82,0	17,5		
	4 Yıl	40	36,5	33,0	16,0	78,0	17,9		
	5+ Yıl	85	30,2	26,0	14,0	86,0	13,7		
Görme Sorunlarının Sonuçları	0 Yıl	87	73,5	80,0	24,4	100,0	22,6	5,991	0,307
	1 Yıl	79	77,1	82,2	20,0	100,0	18,9		
	2 Yıl	54	74,7	81,1	26,7	100,0	22,2		
	3 Yıl	36	76,2	80,0	28,9	100,0	18,6		
	4 Yıl	40	72,6	75,6	33,3	100,0	18,9		
	5+ Yıl	85	79,8	84,4	22,2	100,0	18,6		
Yakın Görme	0 Yıl	87	38,3	33,3	6,7	100,0	25,6	3,049	0,692
	1 Yıl	79	35,5	33,3	0,0	100,0	22,5		
	2 Yıl	54	39,5	33,3	13,3	93,3	23,8		
	3 Yıl	36	35,2	20,0	6,7	80,0	22,8		
	4 Yıl	40	39,3	33,3	6,7	93,3	23,6		
	5+ Yıl	85	33,3	33,3	6,7	93,3	19,3		
Uzak Görme	0 Yıl	87	32,1	20,0	13,3	86,7	20,5	4,356	0,499
	1 Yıl	79	31,6	20,0	13,3	86,7	17,9		
	2 Yıl	54	32,3	20,0	13,3	86,7	19,5		
	3 Yıl	36	30,2	20,0	20,0	86,7	19,3		
	4 Yıl	40	33,0	26,7	13,3	80,0	17,8		
	5+ Yıl	85	27,2	20,0	13,3	80,0	14,0		
Rol Kısıtlaması	0 Yıl	87	72,6	80,0	20,0	100,0	22,5	6,416	0,268
	1 Yıl	79	73,9	80,0	20,0	100,0	19,1		
	2 Yıl	54	71,7	80,0	20,0	100,0	22,4		
	3 Yıl	36	74,7	80,0	30,0	100,0	20,5		
	4 Yıl	40	68,8	70,0	20,0	100,0	20,0		
	5+ Yıl	85	76,9	80,0	20,0	100,0	20,6		
Esenlik, Sıkıntı, Bağımlılık	0 Yıl	87	75,2	80,0	20,0	100,0	26,9	6,527	0,258
	1 Yıl	79	79,1	90,0	20,0	100,0	21,7		
	2 Yıl	54	75,4	80,0	20,0	100,0	25,3		
	3 Yıl	36	81,7	85,0	20,0	100,0	22,7		
	4 Yıl	40	76,3	80,0	20,0	100,0	23,5		
	5+ Yıl	85	83,6	90,0	20,0	100,0	19,9		

Çizelge 11 verileri incelendiğinde; 6 farklı sınıfta YBMD'li hastaların tanı aldıkları yıla ilişkin değerlendirmeler yer almaktadır. Çalışma grubunu tanımlarken sözünü ettiğimiz “yeni tanı alan hastalar” 0 yıl, öbürleri ise yıllarına göre gruplanmıştır. 5+ yıl kümesinde tüm hastalık süreleri bir dilimde toplanmıştır.

Ölçeğin “Genel Sağlık ve Görme” Alt Ölçeğinde Ortancalar 44,0-48,0 arasında olup istatistiki değerlendirmeler de anlamlı bir farka ulaşmamıştır ($p>0,005$).

“Faaliyetle İlgili Zorluklar” ortanca puanları 24,0-33,0 arasında değer almaktadır. Buna göre ortanca puanları arasındaki fark azdır, bu da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,404$).

“Görme Sorunlarının Sonuçları” Alt Ölçeğinde 6 ortanca puanının 75,6-84,4 arasında geniş bir dağılım gösterdiği ancak bu dağılımın da “Faaliyetle İlgili Zorluk” puanları gibi istatistiksel olarak önemli olmadığı kaydedilmektedir ($p>0,005$).

Şimdiye kadarki tüm alt ölçek puanları gibi “Yakın Görme” Alt Ölçeğinden elde edilen 6 ortanca rakamının 5'i aynı olup (33,3) yalnızca 3 yıl önce tanı alanların ortancası farklı (20,0) bulunmuştur. Burada istatistiksel olarak düşük düzeyde farklılık olduğu anlaşılmaktadır ($p=0,692$).

“Uzak Görme” Alt Ölçeğinde ortanca puanları da “Yakın Görme” de olduğu gibi 5 grupta aynı olup (20,0) yalnızca 4 yıl önce tanı alanların ortanca puanı (26,7) diğerlerinden farklıdır. Tüm diğer alt puanlar gibi “Uzak Görme” Alt ölçeğinde de istatistiksel olarak önem kaydedilmemektedir ($p=0,499$).

Ortanca puanların 80,0 olduğu 5 gruptan farklı olarak 4yıl önce tanı almış hasta grubunda ortanca puanı diğerlerinden düşük (70,0) “Rol Kısıtlaması” Alt Ölçek puanıyla bu grupta rol kısıtlamasının az izlendiği ve ortancalar arasındaki bu farkın önemli ve anlamlı olmadığı bulgulanmaktadır ($p=0,268$).

“Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanları (80,0-90,0) arasında da Rol Kısıtlamasında olduğu gibi ortancalar arasında önemli bir farklılık olmadığı bulgulanmıştır. İstatistiksel olarak da ortancalar arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p>0,005$).

Çizelge 12'de çalışma grubunun binoküler görme keskinliği göre sınıflandırılması ve bunun yaşam kalitelerine olan etkisi (NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanlarına göre) bulgulanacaktır.

Çizelge 12. Çalışma Grubunun Binoküler Görme Keskinliği ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları.

NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçekleri	Binoküler Görme Keskinliği Düzeyleri	İstatistikler						Kruskal-Wallis H Testi		
		n	Ortal.	Ortanca	En Az	En Çok	St. Sap.	KWH	p	İkili Karşılaştırma Farklı Olanlar
Genel Sağlık ve Görme	1.Tama Yakın Kör	4	64,0	66,0	56,0	68,0	5,7	87,2	0,0001	1-4 1-5 1-6 2-4 2-5 2-6 3-4 3-5 3-6
	2. İleri Derecede Görsel Yetersizlik	28	63,6	64,0	44,0	76,0	8,7			
	3. Ciddi Dereceli Az Görme	14	58,0	58,0	44,0	76,0	8,3			
	4. Orta Dereceli Az Görme	175	43,7	44,0	20,0	68,0	10,8			
	5. Normale Yakın Görme	110	44,1	44,0	24,0	64,0	9,5			
	6. Normal Görme	50	40,8	40,0	24,0	60,0	8,4			
	Toplam...	381	45,6	44,0	20,0	76,0	11,6			
Faaliyetle İlgili Zorluklar	1.Tama Yakın Kör	4	68,5	71,0	46,0	86,0	18,1	108,5	0,0001	1-4 1-5 1-6 2-4 2-5 2-6 3-4 3-5 3-6
	2. İleri Derecede Görsel Yetersizlik	28	68,3	72,0	26,0	88,0	13,7			
	3. Ciddi Dereceli Az Görme	14	66,6	67,0	42,0	92,0	13,9			
	4. Orta Dereceli Az Görme	175	29,0	24,0	14,0	80,0	12,6			
	5. Normale Yakın Görme	110	29,0	25,0	14,0	66,0	11,0			
	6. Normal Görme	50	26,8	24,0	16,0	74,0	9,6			
	Toplam...	381	33,4	26,0	14,0	92,0	17,5			
Görme Sorunlarının Sonuçları	1.Tama Yakın Kör	4	36,1	30,0	22,2	62,2	18,4	113,1	0,0001	1-4 1-5 1-6 2-4 2-5 2-6 3-4 3-5 3-6
	2. İleri Derecede Görsel Yetersizlik	28	36,2	33,3	20,0	64,4	11,2			
	3. Ciddi Dereceli Az Görme	14	44,8	41,1	26,7	66,7	11,8			
	4. Orta Dereceli Az Görme	175	80,3	82,2	26,7	100,0	16,7			
	5. Normale Yakın Görme	110	80,2	82,2	44,4	100,0	13,4			
	6. Normal Görme	50	85,9	86,7	53,3	100,0	12,0			
	Toplam...	381	76,0	80,0	20,0	100,0	20,2			

Çizelge 12 devam. Çalışma Grubunun Binoküler Görme Keskinliği ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları.

NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçekleri	Binoküler Görme Keskinliği Düzeyleri	İstatistikler						Kruskal-Wallis H Testi		
		n	Ortal.	Ortanca	En Az	En Çok	St. Sap.	KWH	p	İkili Karşılaş-tırmada Farklı Olanlar
Yakın Görme	1.Tama Yakın Kör	4	68,3	76,7	26,7	93,3	29,0	88,9	0,0001	1-4 1-5 1-6 2-4 2-5 2-6 3-4 3-5 3-6
	2. İleri Derecede Görsel Yetersizlik	28	70,5	80,0	26,7	100,0	22,3			
	3. Ciddi Dereceli Az Görme	14	79,0	73,3	60,0	100,0	11,9			
	4. Orta Dereceli Az Görme	175	30,7	20,0	0,0	93,3	19,3			
	5. Normale Yakın Görme	110	33,3	33,3	6,7	80,0	18,4			
	6. Normal Görme	50	30,9	26,7	6,7	80,0	14,1			
	Toplam...	381	36,6	33,3	0,0	100,0	22,9			
Uzak Görme	1.Tama Yakın Kör	4	71,7	76,7	46,7	86,7	17,5	114,3	0,0001	1-4 1-5 1-6 2-4 2-5 2-6 3-4 3-5 3-6
	2. İleri Derecede Görsel Yetersizlik	28	63,8	66,7	26,7	86,7	18,2			
	3. Ciddi Dereceli Az Görme	14	60,5	60,0	40,0	86,7	13,7			
	4. Orta Dereceli Az Görme	175	27,2	20,0	13,3	86,7	14,7			
	5. Normale Yakın Görme	110	25,9	20,0	13,3	73,3	11,2			
	6. Normal Görme	50	24,7	20,0	13,3	66,7	9,9			
	Toplam...	381	30,9	20,0	13,3	86,7	18,1			
Rol Kısıtlaması	1.Tama Yakın Kör	4	30,0	25,0	20,0	50,0	14,1	119,3	0,0001	1-4 1-5 1-6 2-4 2-5 2-6 3-4 3-5 3-6
	2. İleri Derecede Görsel Yetersizlik	28	35,0	40,0	20,0	60,0	11,7			
	3. Ciddi Dereceli Az Görme	14	40,0	40,0	20,0	60,0	12,4			
	4. Orta Dereceli Az Görme	175	77,6	80,0	20,0	100,0	17,5			
	5. Normale Yakın Görme	110	77,7	80,0	40,0	100,0	14,3			
	6. Normal Görme	50	84,4	80,0	50,0	100,0	13,6			
	Toplam...	381	73,5	80,0	20,0	100,0	21,0			
Esenlik, Sıkıntı, Bağımlılık	1.Tama Yakın Kör	4	30,0	25,0	20,0	50,0	14,1	113,2	0,0001	1-4 1-5 1-6 2-4 2-5 2-6 3-4 3-5 3-6
	2. İleri Derecede Görsel Yetersizlik	28	28,2	20,0	20,0	60,0	13,1			
	3. Ciddi Dereceli Az Görme	14	45,0	40,0	20,0	90,0	19,9			
	4. Orta Dereceli Az Görme	175	84,0	90,0	20,0	100,0	17,7			
	5. Normale Yakın Görme	110	84,5	90,0	30,0	100,0	15,7			
	6. Normal Görme	50	88,4	90,0	50,0	100,0	13,3			
	Toplam...	381	78,6	80,0	20,0	100,0	23,5			

Çizelge 12 verileri incelendiğinde, “Binoküler Görme Keskinliği”ne göre; “Genel Sağlık ve Görme Puanları” ortanca (median) değerleri arasında istatistiksel bakımdan oldukça önemli ayrımlar izlenmektedir. Ortanca puanlar 66,0-44,0 arasında değişmekte olup, puan arttıkça görme keskinliği bozulmaktadır.

“Tama Yakın Kör” olanların “Genel Sağlık ve Görme Puanları”nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görmesi olanların puanlarından anlamlı derecede yüksek görülmektedir. ($p<0,05$)

“İleri Derecede Görsel Yetersizliği” olanların “Genel Sağlık ve Görme Puanları”nın “Normal”, “Normale Yakın” ve “Orta Dereceli Az Görme” si olanların puanlarından anlamlı derecede yüksek çıktığı görülmektedir. ($p<0,05$)

“Ciddi Dereceli Az Görme” alt kümesinde olanların “Genel Sağlık ve Görme Puanları”nın “Normal Görme”, “Normale Yakın Görme” ve “Orta Dereceli Az Görme” si olanların puanlarından önemli derecede yüksek hesaplandığı dikkati çekmektedir ($p<0,05$).

Binoküler görme keskinliği arttıkça “Genel Sağlık ve Görme”nin iyileştiği saptanmaktadır.

Çizelge 12’nin “İkili Karşılaştırmada Farklı Olanlar” kolonunda, “Genel Sağlık ve Görme Puanları” ortanca değerlerinin istatistiksel düzeyde farklılık gösterdiği “Binoküler Görme Keskinliği” alt kümeleri numaralandırılarak belirtilmiştir.

Çizelge 12’de Binoküler Görme Keskinliği ve “Faaliyetle İlgili Zorluklar” puan İstatistikleri irdelendiğinde:

Tama Yakın Kör olanların “Faaliyetle İlgili Zorluk” puanları’nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksek çıktığı görülmektedir ($p<0,05$).

“İleri Derecede Görsel Yetersizliği” olanların “Faaliyetle İlgili Zorluk” puanları’nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Gören düzeyinde binoküler

görmesi olanların puanlarından anlamlı derecede yüksek hesaplandığı görülmektedir ($p<0,05$).

“Orta Dereceli Az Görme”si olanların “Faliyetle İlgili Zorluk” puanları Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görmesi olanların puanlarından anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).

“İkili Karşılaştırmada Farklı Olanlar” kolonunda, “Faliyetle İlgili Zorluk Puanları” ortanca değerlerinin istatistiksel düzeyde farklılık gösterdiği “Binoküler Görme Keskinliği” alt kümeleri numaralandırılarak belirtilmiştir.

Tama Yakın Kör olanların “Görme Sorunları Sonuç Puanları”ının Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görmesi olanların puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,0001$).

İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların “Görme Sorunları Sonuçları” puanları'nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görmesi olanların puanlarından önemli derecede düşük oluşu görülmektedir ($p<0,0001$).

Orta Dereceli Az Görmesi olanların “Görme Sorunları Sonuç Puanları”nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Göresi olanların puanlarından anlamlı derecede düşük kaydedildiği görülmektedir ($p<0,0001$).

Tama yakın kör olanların “Yakını Görme” puanlarının Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görme puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir ($p<0,0001$).

İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların “Yakını Görme” puanlarının Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir ($p<0,0001$).

Ciddi Dereceli Az Görmesi olanların “Yakın Görme” puanlarının Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görme puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir ($p<0,0001$).

Tama yakın kör olanların “Uzağı Görme Puanları”nın Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir ($p<0,0001$).

İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların “Uzak Görme” Puanları’nın Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir ($p<0,0001$).

Ciddi Dereceli Az Görmesi olanların “Uzak Görme” puanlarının Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir ($p<0,0001$).

Tama Yakın Kör olanların “Rol Kısıtlaması” puanlarının Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı düşüklüğü görülmektedir ($p<0,0001$).

İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların “Rol Kısıtlaması” puanlarının Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı düşüklüğü görülmektedir ($p<0,0001$).

Az görme olanların “Rol Kısıtlaması” puanlarının Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı düşüklüğü görülmektedir ($p<0,0001$).

Tama yakın kör olanların “Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanları’nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede düşüklüğü görülmektedir ($p<0,0001$).

İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanları’nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede düşüklüğü görülmektedir ($p<0,0001$).

Orta Dereceli Az Görmesi olanların Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanları’nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede düşüklüğü görülmektedir ($p<0,0001$).

4. TARTIŞMA

YBMD, gelişmiş ülkelerin çoğunda ve tüm Dünyada 60+ yaş nüfusta “İleri Derecede Görsel Yetersizliğin” en önde gelen nedenidir. Bununla birlikte, daha aktif olan 50’li yaşlardaki kişileri de etkilemektedir. YBMD’de yaşam kalitesi konusu, uluslararası yayınlarda son 5 yıldır ele alınan bir konu iken; ülkemizde hastalığa ilişkin çalışmalar içinde bu çalışma -tarayabildiğimiz ölçüde- öncü çalışmalardandır. Dolayısıyla tartışma için karşılaştırma yapılabilecek yerli yayın kısıtlıdır.

Bu bölümde, olgulara ilişkin elde ettiğimiz tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel veriler tartışılacaktır.

4.1. Çalışma Grubunda Yer Alan Olguların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Çizelge 3’te görüldüğü gibi çalışmadaki 381 olgunun %43,6’sı kadın ve %56,4’ü erkeklerden oluşmaktadır. Erkek ve kadın oranlarını karşılaştıran kimi çalışmalarda bizim çalışmamızın aksine kadınlarda erken YBMD riskinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Klein R et al, 1997). Olguların %70,6’lık büyük kesimi evlidir; bunu %24,9 ile dul-boşanmış-ayrı yaşıyor olan küme ve %4,5’le bekâr olanlar izlemektedir. Bu kişilerin görme sorunlarının sonuçları, “faaliyetle ilgili zorluklar”, “esenlik-sıkıntı-bağımlılık” gibi alt ölçek puanlarının alanyazına (literatüre) koşut olarak günlük yaşantı ve toplumsal ilişkilerini etkileyen yalnız yaşayan (%14,4) ve ileri yaştaki eşiyile (%40,9) yaşayanların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Turaman, 2001, Taşocak, 1991).

Çalışma grubunun (N=381) eğitim düzeylerine göz atıldığında, lise, üniversite ve üstü bitirmiş grubun (sırasıyla %12,6 ve %2,6) toplamının tüm grubun çeyreğinden azını oluşturduğunu, başka bir deyişle çalışma grubunun dörtte üçünden fazlasının eğitim

düzeyinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Buna koşut olarak maddi durumlarını da kendi bildirimleriyle %39,9 düşük ve %51,7 orta ve %8,4 iyi olarak nitelediklerini saptanmıştır. Tomany ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı çalışmada eğitim düzeyi artışının erken tanı ve tedaviye uyum açısından önemli rol oynadığı görülmektedir.

Olguların kiminle yaşadıklarına bakıldığında yarıdan fazlasının eş, eş ve çocuklar, anne-baba-kardeşten oluşan çekirdek ailesiyle (sırasıyla %40,9- %24,7- %2,9) yaşadığı bulgularıdır. Olguların %14,4'ü yalnız yaşamakta olup %17,1 bu başlıklar dışındaki öbür cevabını vermişlerdir. Özgül'ün 2000 yılında yaptığı çalışmada yalnız yaşayan ve ileri yaştaki evli çiftlerin yaşadıkları kaza ve yaralanmaların, hastanın görme sorunlardan kaynaklandığı, özellikle aydınlık ve karanlık ortam değişikliklerine adapte olabilme kabiliyetlerindeki azalmayla meydana geldiği belirtilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı yerin tek (Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi) bir Retina Kliniği olması nedeniyle, olguların izleniş sıklığı tüm topluma genellenemez. Çizelge 3'te de izleneceği üzere, başvuran hastaların büyük çoğunluğu bu kurum (SSK) güvencesindedir. Bunun nedeni hastanenin daha önce SSK'ya ait olmasıdır, bu kişilerin çoğu Ankara'ya çevre illerden sevk edilmiş olan hastalardır. İşçi ve yakınlarının oluşturduğu (%76,1) önemli bölümünün sağaltıma (tedaviye) ulaşım için yol paraları ve sağaltım giderleri bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumunca (SSK) karşılanmaktadır. Bu durum maddi durumları düşük ve orta düzeyde olan (39,9 ve 51,7) bu hastalar, izlemlerini düzenli aralıklarla sürdürmesini sağlamaktadır. Diğer yandan olguların büyük bir bölümü, hastalıklarıyla ilgili herhangi bir bilgiye sahip değildir. Ancak hastalığı algılayış durumları irdelendiğinde %67,5'lik büyük kısmın YBMD'nin sürekli bir hastalık olacağı yönünde yorum yaptıkları görülür. Aynı başlık altında kişilerin %17,1'i hastalığının geçeceğine inanmakta, %9,7'si yine geçici fakat ara ara tekrarlayacak bir hastalık olduğunu bildirmektedir. %5,8'lik kısmıysa başka görüşler bildirmişlerdir.

Çizelge 4'te görüldüğü gibi çalışma grubundaki kişilerin meslekleri ILO'nun Meslekler Sınıflandırmasına göre ele alınmıştır. Bu kişilerin %76,1'lik önemli bir kesimi nitelik gerektirmeyen işlerde çalışan kişilerden oluşmaktadır.

Çizelge 5'te YBMD tiplerine ait veriler incelendiğinde, ilgili alan yazına paralel olarak 272 (%71,4) hasta kuru tip YBMD; 109 (%28,6) hasta yaş tip YBMD olduğu

saptanmıştır (Brown et al, 2005; Cruess et al). Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de sıklıkla kuru ve yaş tip YBMD aynı çalışmada yer alsa da genellikle yaş tip YBMD’ye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Ulaşılabilirdiği ölçüde ülkemizde sağaltım giderlerine ilişkin ayırtedici bilgiye rastlanmamıştır. Alan yazın (ilgili literatür) tarandığında elde edilen bilgilerin önemli bölümü, yaş tip YBMD sağaltımında kullanılan ve ülkelerin ekonomilerine büyük yükler bindiren ilaç giderleriyle ilintilidir. Yaş tip YBMD ABD’de 1.25 milyon (Brown et al, 2005) Avrupa’da 2 milyon ve Kanada’da 50+ yaşta 2 milyondan çok kişiyi etkilemektedir (Cruess et al, 2007).

YBMD prevalansı yaşa bağlı olarak artmaktadır (Kanski, 2001; Klein R, 1992; Sezgin S, 2003). YBMD oranı 66-74 yaşlarında %10 iken; 75+ yaşta önemli derecede artış göstermekte %30'lara dek yükselmektedir (Cruess A et al, 2007).

Bu Tez çalışmasında 50-59 yaş dilimindeki oran (41/381 hasta) %10'dan daha çoğuna karşılık gelmektedir. Yaş aldıkça 60-69 yaşta %31 (123/381); 70-79 yaşta %24 (161/381) prevelans da buna bağlı olarak büyümektedir .

(www.who.int/GBD_report_2004update_full.pdf) Erişim: 02.10.2010

Çizelge 6 verileri, çalışma grubundaki hastaların %79,8'inin hastalığı sürecinde herhangi bir göz hastalığıyla ilgili hastanede yatmadığını, %20,2'sinin ise hastalığı süresince bir dönem hastanede yattığını bulgulamaktadır. YBMD tanısı alan olguların yalnızca ¼'ünde eşlik eden bir hastalık "*olmadığını*" bulgulamaktadır. Hipertansiyon 91 (%23,9) ve DM 62 olguda (%16,3) kaydedilmiştir. Hipertansiyona ilişkin yapılan çalışmaların tümünde YBMD ile aralarında anlamlı farklar tespit edilmiştir (Ergin, 2006; Sezgin, 2003; Hirvela, 1996). Yüksek kan basıncı ile YBMD arasında hafif-orta düzeyde bir ilişki olduğu ve hipertansiyonun süresinin değerlendirilmesinin gerektiği belirtilmiştir (Vingerling JR et al, 1995). Diyabet ve hiperglisemi ile YBMD ilişkisine ilişkin olarak ise çok az sayıda çalışma vardır (Snow KK et al, 1999). Astım, 23 olgu ile (%6) 3. sırayı almaktadır Kalp yetmezliği olan 14 (%3,7) oranında alan yayına paraleldir (Klein, 1997) ve kanserli 13 olgu (%3,4) vardır. Öteki eşlikçi hastalıklar sayı olarak 1 ile 9 arasındadır.

Çizelgenin devamında, YBMD tanısına ek olarak 1'den çok eşlik eden hastalık tanıları dikkate getirilmektedir. Bu bağlamda 25 olgunun (%6,5) çoklu eşlik eden hastalığı vardır ve Hipertansiyon + DM 20 olgu ile (%5,2) başı çekmektedir. Sırasıyla 3

ve 2 olgu ise Hipertansiyon + Glokom ve DM + Glokom çizelgesi içindedirler. Alan yazında çoklu eşlikçi hastalık olarak herhangi bir inceleme yapılmamış olup çalışma grupları tanımlanırken içinde daha çok HT ve DM'nin olduğu çalışmalara rastlanmıştır (Sezgin, 2000; Klein R et al, 1997; Bengisu, 1998).

4.2. NEI VFQ-25/TR Ölçeğiyle Belirlenen Puanların Tartışılması

Görme ile ilgili bir çok çalışmada kullanılan NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin altı alt ölçeğiyle elde edilen görme sorunlarına ilişkin yaşam kalitesi puanları yaş, cinsiyet, eğitim durumu, maddi durum, hastanın kaç yıl önce tanı aldığı ve binoküler görme keskinliğine ilişkin elde ettiğimiz verilerle karşılaştırılacaktır.

Yaş grupları “Genel Sağlık ve Görme” Alt ölçeğinde, yaşın artışının tersine bir ilişki olduğu; yaş arttıkça “Genel Sağlık ve Görme” puanlarının azaldığı görülmektedir (Klaver et al, 1998). “Faaliyetle İlgili Zorluklar” puanlarının yaşın artışına paralel olarak arttığı görülür (Attebo et al, 1996).

Hastaların yaş dilimlerine göre, “Görme Sorunlarının Sonuçları” puanlarının da yaşın artışına paralel olarak seyrettiği görülmektedir (Klaver et al, 1998). Hastaların Görme Sorunlarının Sonuçları Puanı ile görme sorununu algılayışı ise ters orantılıdır.

“Uzak Görme” kalitesinin de “Yakın Görme” gibi yaş artışıyla ters ilişkili olarak azaldığı (Şekeroğlu, 2007).

Yaşın artışıyla “Rol Kısıtlaması” puanlarının azalmış olduğu görülür. Bunun hastaların yaş dışındaki diğer özelliklerine bağlı olduğu düşünülmektedir. “Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanlarının ise yaşın artışıyla azaldığı görülür. Bunda ilerleyen yaş ile meydana gelen diğer fizyolojik ve işlevsel değişikliklerle de ilişkili olduğu düşünülmektedir (WHO, 2003)

Yaş tip YBMD kuru tipe oranla daha az izlense de, sağaltım giderleri oldukça yüksektir. Bu da ekonomiye önemli ölçüde yük getirmektedir. Kanada’da yapılan bir çalışmada, kişi başına yıllık gider 11 334 Cari \$ (11 190 USD) olduğu saptanmıştır. Fransa’da iki ayrı merkezde 105’er kişi üzerinde yapılan çalışmada; yıllık YBMD giderinin hasta başına 3660,29 € olduğu saptanmıştır. Bu giderlerin yarısı ilaç ve öbür tıbbi harcamalar iken; öteki yarısı evde bakım ve ulaşım giderleridir (Banastre et al, 2003)

ABD’de 65+ yaştaki nüfusta 3.6 milyon kişi yaş veya kuru tip YBMD’den etkilenmiştir. Sorun, her yıl yaklaşık 200 bin yeni olguyu içine (insidens) alarak gelişmektedir. 65+ yaş nüfusun tüm Dünya’da önümüzdeki 20 yıl içinde iki kat artacağı düşünülürse, YBMD oranının da önemli oranda artacağı öngörülebilir (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html).

Cinsiyete bağlı farklılıkların alan yazına paralel olarak “Genel Sağlık ve Görme”nin kadınlarda anlamlı derecede yüksek görülmektedir (Snow, 2002; Klein, 1994; POLA, 1998). Bu çalışmada “Görme Sorunlarının Sonuçları”na ilişkin sorunların erkeklerde daha az gözlendiği anlaşılmaktadır (Snow, 2002). “Yakını Görme ” ve “Uzağı Görme” de de puanları, YBMD olgularının cinsiyetinden bağımsızdır (Sommer et al, 1991).

“Faaliyetle İlgili Zorluklar” açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. “Rol Kısıtlaması” puanlarının, cinsiyetle ters bir ilişki içerisinde olup, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanlarının, erkek YBMD hastalarında daha yüksek olduğu kestirilmektedir (Vinding, 1989; Sezgin, 2003).

Çalışma grubunun eğitim düzeyleriyle ilgili sonuçlarımıza göre; okuryazar olmayanlar ile okul bitirmemiş okuryazarların ortanca puanlarıyla (48,0), ilköğretim ve lise bitirmiş olan hastaların ortanca puanları (44,0) ve arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Copenhagen Eye Clinic’in ve Klein ve arkadaşlarının 1992 yılında yürüttükleri çalışmalarda artan eğitim düzeylerinin yaşam kalitesi puanlarını düşürdüğü görülür. Benzer biçimde üniversite ve üstü eğitilmiş grubun puanlarının en az eğitilmiş iki

hasta grubundan istatistiksel olarak önemli düzeyde düşük olduğunu destekleyen sonuçlar mevcuttur.

“Faaliyetle İlgili Zorluklar” ve eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak yüksek düzeyde farklılığı yaratan başlıca kümenin okul bitirmeksizin okuryazar olanlar olduğu bulgulanmaktadır (Tomany et al, 2004).

“Görme Sorunlarının Sonuçları” Alt Ölçeğinde bundan önceki iki alt ölçeğin tersine bir sonuç çıkmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça “Görme Sorunlarının Sonuçları” ağırlaşmaktadır (Şekeroğlu, 2007).“Yakın Görme” ve “Uzak Görme” Alt Ölçeklerinde ortanca puanlar arasındaki dağılımın önemli olduğu kaydedilmektedir .

İlköğretim bitirmiş olanlara kadarki gruplarda eğitim düzeyi arttıkça “Rol Kısıtlaması” ortanca puanlarının değişmediği fakat lise, üniversite ve üstü bitirmişlerde puanların çarpıcı şekilde arttığı ve rol kısıtlamasının daha çok izlendiği ve ortancalar arasındaki bu farkın önemli derecede anlamlı olduğu bulgulanmaktadır.

“Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanları arasında da Rol Kısıtlamasında olduğu gibi lise, üniversite ve üstü bitirmiş kişilerin puanlarının ölçeğin ters yönlü puanlama şekliyle 100,0 gibi çok yüksek olduğu saptanmıştır. Okuryazarlık düzeyinin artışıyla birlikte kişilerin kendilerini daha da bağımlı hissettikleri bulgusu anlamlıdır (Tübitak, 2006).

Çalışma grubunun maddi durumlarına göre alt ölçek puanları yazınla karşılaştırıldığında şu sonuçlara ulaşılmıştır. “Genel Sağlık ve Görme” puanlarının hastaların kendi ifadelerine göre iyi, orta ve kötü olarak ifade ettikleri gruplar arasında değişiklik gösterdiği ancak aralarındaki ilişkinin az olduğu görülmektedir . “Görme Sorunlarının Sonuçları” açısından maddi durum ortancalarının arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Bu veriler özürölüler araştırmasının ilgili kısımlarıyla karşılaştırıldığında maddi durumun, görme sorunlarının genel sağlık ve hastalıklarla ilişkisini açıkça ortaya koyar.

Yakını Görme ” ve “Uzak Görme” puanları tüm gruplarda aynıdır. Bu sonuç YBMD'nin kırma kusurlarıyla ilişkisinin maddi durumundan bağımsız olduğunu gösterir.

“Faaliyetle İlgili Zorluklar”a ilişkin sorunların değişimlerinin de alan yazına paralel izlemekte olduğu ve aralarında düşük düzeyde de olsa bir ilişkinin var olduğu gözlemlendiği anlaşılmaktadır (Soubrane, 2007).

Bu çalışmada “Rol Kısıtlaması” ile maddi durum arasındaki ilişkinin düşük ancak “Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” la YBMD hastalarının ilişkisinin daha yüksek olduğu kestirilmektedir. İlgili alan yazın da -taranabildiği ölçüde- bu sonuçlarla aynı yönde sonuçlar vermektedir.

Çalışma grubundaki olguların kaç yıl önce YBMD tanısı aldıklarına ilişkin alınan cevaplarla NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Puanları karşılaştırıldığında anlamlı sonuçlara ulaşılamamıştır. Bunda incelediğimiz gruplardaki tanı alma yıllarının 0 ve 5 arasında değişen düşük rakamlar olmasının payı olabilir. Tanı süresiyle YBMD'de yaşam kalitesi ilişkisinin anlamlılığı yönünde yorum yapma şansımız düşüktür. Ölçeğin Alt Ölçek puanları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmayıp bu yönde yapılmış çalışmaya-taranabildiği ölçüde- ulaşılamamıştır.

Binoküler Görme Keskinliklerine göre çalışma grubu ;Tam Kör, Tama Yakın Kör, İleri Derecede Görsel Yetersizlik, Ciddi Dereceli Az Görme, Orta Dereceli Az Görme, Normale Yakın Görme ve Normal Görme olmak üzere 7 grupta incelenmektedir. “Genel Sağlık ve Görme” ortanca değerleri arasında istatistiksel bakımdan oldukça önemli ayrımlar izlenmektedir. Binoküler görme keskinliği arttıkça “Genel Sağlık ve Görme”nin iyileştiği saptanmaktadır.

“Genel Sağlık ve Görme Puanları” nın “Tama Yakın Kör” olanların “Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görmesi olanların puanlarından anlamlı derecede yüksek görülmektedir. “İleri Derecede Görsel Yetersizliği ” olanların “Genel Sağlık ve Görme Puanları” nın “Normal”, “Normale Yakın” ve “Orta Dereceli Az Görme” si olanların puanlarından anlamlı derecede yüksek çıktığı görülmektedir. “Ciddi Dereceli Az Görme” alt kümesinde olanların “Genel Sağlık ve Görme Puanları”nın “Normal Görme”, “Normale Yakın Görme” ve “Orta Dereceli Az Görme” si olanların

puanlarından önemli derecede yüksek hesaplandığı dikkati çekmektedir . “Faliyetle İlgili Zorluk” puanları'nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksek çıktığı görülmektedir. Elde edilen bu sonuçlar alan yazındaki sonuçlarla pek çok yönden benzerdir (Avcı, 2005; Tübitak, 2006; Moore, 2001).

“Faliyetle İlgili Zorluk” puanlarının “İleri Derecede Görsel Yetersizliği” Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Gören düzeyinde binoküler görmesi olanların puanlarından anlamlı derecede yüksek hesaplandığı görülmektedir. “Orta Dereceli Az Görme”si olanların puanları Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görmesi olanların puanlarından anlamlı derecede yüksektir . “İkili Karşılaştırmada Farklı Olanlar” kolonunda, ortanca değerlerinin istatistiksel düzeyde farklılık gösterdiği “Binoküler Görme Keskinliği” alt kümeleri numaralandırılarak belirtilmiştir (Hassell et al, 2006; DeCarlo et al, 2003).

“Görme Sorunları Sonuçları” puanlarının, Tama Yakın Kör olanların Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görmesi olanların puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir. İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların puanları'nın Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görmesi olanların puanlarından önemli derecede düşük oluşu görülmektedir. Orta Dereceli Az Görmesi olanların Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Göresi olanların puanlarından anlamlı derecede düşük kaydedildiği görülmektedir (Murty, 2006).

“Yakın Görme” puanlarının Tama yakın kör olanların Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görme puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir. İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir. Ciddi Dereceli Az Görmesi olanların Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görme puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir (TÜBİTAK, 2006).

“Uzak Görme” puanlarının Tama yakın kör olanların Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir. İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az

Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir. Ciddi Dereceli Az Görmesi olanların Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksekliği görülmektedir (TÜBİTAK, 2006).

“Rol Kısıtlaması” puanlarının Tama Yakın Kör olanların Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı düşüklüğü görülmektedir. İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların Normal, Normale Yakın ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı düşüklüğü görülmektedir. Az görme olanların “Rol Kısıtlaması” puanlarının Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı düşüklüğü görülmektedir (Huffman, 1983; Hulse, 1994).

“Esenlik-Sıkıntı-Bağımlılık” puanları'nın Tama yakın kör olanların Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede düşüklüğü görülmektedir. İleri Derecede Görsel Yetersizliği olanların Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede düşüklüğü görülmektedir. Orta Dereceli Az Görmesi olanların Normal Görme, Normale Yakın Görme ve Orta Dereceli Az Görenlerin puanlarından anlamlı derecede düşüklüğü görülmektedir (Hanebult, 1981; Cahill et al, 2005) .

4.3. YBMD ve Yaşam Kalitesine İlişkin Görüşlerin Tartışılması

Bu Tezde değerlendirdiğimiz ölçütlerden biri de yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesi, artık çoğu hastalıkta başarının saptanmasında önemli bir nesnel ölçüt olarak ele alınmaktadır. YBMD’de yaşam kalitesini belirleyen etmenlerin yaş, görme keskinliği, görme yitiğinin süresi ve okuma hızı olduğunu belirten çalışmalar vardır (Cahill MT et al, 2005).

Bu çalışmada yer alan olguları DSÖ ve Uluslararası Oftalmoloji Konseyi'nin birlikte benimsediği biçimle sınıflandırılmıştır. Buna göre : Tam Kör, Tama Yakın Kör, İleri Derecede Görsel Yetersizlik , Ciddi Dereceli Az Görme , Orta Dereceli Az görme, Normale Yakın Görme ve Normal Görme başlıklarında 7 gruptadır ancak çalışmamız

içinde Tam Kör tanısı alan kimse olmadığından istatistiksel olarak 6 gruba incelenmiştir.

Hastaların görmeleri, görme keskinliklerine göre altı dilimde ele alınmıştır. Tüm olgular içinde (381 kişi) tam (total) körlük olarak tanılanan kimseye rastlanmamıştır.

Tama yakın körlüğü olan yalnızca 4 kişi ve 'İleri Derecede Görsel Yetersizlik' sınırında olan 28 (%7,3) hastadır. Daha çok bu iki kümede yer alanlar günlük gereksinimlerini karşılamada, esenlik düzeylerinde ve yaşamsal etkinliklerle ilgili konularda zorluklar yaşamaktadır. İzlenen öbür hastaların yaklaşık yarısı (174/381 olgu) orta düzeyde görmeye sahip ve genellikle tek yanlı tutulumla izlenen kişilerdir. Özellikle çift yanlı hastalığın ve düşük görme keskinliğinin, düşük yaşam niteliği (kalitesi) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Chia EM et al, 2006; Bordeaux G et al, 2005).

YBMD'nin kalıtımla ilişkisine bakıldığında; çalışmamızdaki 103/381 olgunun ailesinde bu hastalığa yakalanan (gerçek tanısı kesin olarak bilinmemekle birlikte ileri yaşta görmesini -katarakt dışında- yitirdi diye tanımladıkları) yakınlarının olduğu saptanmıştır. Alanyazın incelendiğinde konuyla ilgili aynı aile bireyleri ve ikizlerde sürdürülen çalışmalar yapıldığı ve ailesel yatkınlığın gerçekliğinin kromozom düzeyine dek doğrulandığı örneklere rastlanmıştır (Klein et al, 1998)

Özellikle yalnız yaşayan, ikinci olarak da ileri yaştaki evli çiftlerin günlük etkinliklerde yaşadıkları zorluklar, yaşam niteliğini puanlarını olumsuz etkilemektedir.

Araştırmamızda, YBMD tanısı almış olan ve izlenen hastaların sağ göz, sol göz ve binoküler görme keskinlikleri '*Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study*' (ETDRS) eşeli ile iyi gören gözde düzeltilmiş görme keskinliği belirlenmiştir. 'National Eye Institute - Visual Function Questionnaire' (NEI-VFQ-25/TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Yaşam niteliği, esenlendirme (rehabilitasyon) stratejisini belirlemede anahtar olarak kabul edilmektedir (Chakravarthy U et al, 2005). Tarayabildiğimiz ölçüde, görme ile ilgili yaşam niteliği ölçeklerinin olguların gerçek kısıtlılıklarını ortaya koyduğu görülmüştür. Özellikle NEI-VFQ 25'teki değişim; iyi gören gözde düzeltilmiş görme keskinliğindeki değişim ile ilişkili bulunmuştur (Miskala PH et al, 2003).

Araştırmamızda, NEI-VFQ-25/TR Ölçeği sorularından biri olan “Sıfır’ın ölüm kadar kötü ve 10’un olanaklı olan en iyi sağlık durumu olduğu bir Ölçekte kendi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna yanıt verenlerin durumları aldıkları kuru/yaş tip YBMD tanılarına göre farklılık göstermezken, görme sınıflandırmalarına göre özellik gösterdiği izlenmiştir.

Düşük görme keskinliğinde olanların yaşamdan beklentilerinin de az olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu konuda cinsiyetler arası farka bakıldığında, erkeklerin sağlıklarını kadınlara oranla “daha iyi” olarak bildirdikleri görülmektedir. Yaş dilimleri arasındaki farka bakıldığında, artan yaşla birlikte genel sağlığın bozulduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bilir, 2008).

“Görmeniz nedeniyle, evinizde ailenizi ve arkadaşlarınızı ağırlamak sizin için ne kadar zor?” sorusu Türk toplumunun konuya değer veren yapısından kaynaklanan yanıtıcı bir eğilim içerir. Kendi öz bakımını bile yapamayacak yaş ve sağlıkta olan kişilerin bu soruyu “hiç zor değil” olarak yanıtladıkları görülür. Bunda, genellikle yaşlanınca yine ailesiyle yaşamayı sürdüren yaşlı kişinin, evdeki öteki kişilerin yardım edeceğine ilişkin beklentisinin de etkisi vardır. Ancak yalnız yaşayan YBMD olgularının yanıtları da öbürleriyle benzerdir.

Çalışma grubunun toplumsal etkinlikler, rol kısıtlaması ve esenlik durumları incelendiğinde; yaş ve kuru tip YBMD’li olgularda yaş tipin hastaları daha çok kısıtladığı sonucuna ulaşılmıştır. Esenlik puanlarının erkek olgularda daha yüksek olduğu, rol kısıtlamasının da kadın cinsiyette daha çok duyumsandığı sonucuna ulaşılmıştır. Yaş dilimleri arasında önemli ayrımlar izlenmezken; yaş ilerledikçe rol kısıtlılığının arttığı, esenlik kalitesinin azaldığı ve sosyal etkinliklerin de gerileme gösterdiği görülmektedir. Uzak ve yakın görme sorunlarının hastalığın özelliğine koşut olarak yaşla arttığı, yaşam niteliği puanlarında kadınlarda daha önemli bir azalış izlendiği, iyi gören gözde düzeltilmiş görme keskinliği kümeleri içindeyse görmenin azalmasıyla koşutluk gösterdiği görülmektedir (Mangione et al, 1999).

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tez çalışmasında 6 hipotez kurulmuş ve bunlar, toplanan sayısal veriler uygun biyoistatistiksel yöntemlerle irdelenerek sınanmıştır. Bu bağlamda varılan sonuçlar şöyledir :

Hipotezler 1 : Hastaların yaşı ile NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.

Bu hipotezimiz doğrulanmamış, “hastaların yaşı” ile “NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları” ilişkili bulunmuştur (bkz. Çizelge 7). Hastaların yaşı ilerledikçe, Ölçek puanları da sayısal olarak büyümektedir ve bu durum yaşam kalitesinin düşmesi anlamındadır. Bu bulgularımız Tartışma bölümünde ilgili yazın eşliğinde değerlendirilmiştir.

Hipotezler 2 : Hastaların cinsiyetiyle NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.

Bu hipotezimiz doğrulanmamış, “hastaların cinsiyeti” ile “NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları” ilişkili bulunmuştur (Bkz Çizelge 8). Hastaların kadın ve erkek oluşlarına göre yaşam kalitesi puanları değişim göstermemektedir. İlgili bulgularımız Tartışma bölümünde alan yazın eşliğinde değerlendirilmiştir.

Hipotezler 3 : Hastaların kendi bildirimlerine göre maddi durumlarıyla NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.

Bu hipotezimiz dorulanmamış “hastaların maddi durumları” ile “NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları” ilişkili bulunmuştur (Bkz Çizelge 10). Hastaların maddi durumlarına göre yaşam kalitesi puanları değişkenlik göstermekte olup bulguları tartışma bölümünde değerlendirilmiştir.

Hipotezler 4 : Hastaların meslekleriyle NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.

Bu hipotezimiz, bulgulardaki mesleklere dağılım sayıları küçük kümeler oluşturduğundan istatistiksel olarak incelenmemiştir.

Hipotezler 5 : Hastaların YBMD Hastalığı süresiyle NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.

Bu varsayım (hipotez) kabul edilmiş, 2 değişken ilişkisiz bulunmuştur. Hastalık (YBMD) 6 sınıfa ayrılmış ve NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin 7 Alt Ölçeğinde alınan puanlar analiz edilmiştir. KW ANOVA'da elde edilen p değerleri 0.692 ile 0.258 arasında olup, tüm Alt Ölçeklerde ortanca puanlar, YBMD'nin süresi (6 kategori) ile bağıntısız bulunmuştur.

Hipotezler 6 : Hastaların Binoküler Görme Keskinlikleriyle NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları ilişkisizdir.

Bu hipotezimiz dorulanmamış, "hastaların binoküler görme keskinlikleri" ile "NEI VFQ-25/TR Ölçeğinin Alt Ölçek Puanları" ilişkisi bulunmuştur (Bkz Çizelge 12). Hastaların binoküler görme keskinlikleri azaldıkça, yaşam kalitesi puanları da sayısal olarak büyümektedir ve bu durum yaşam kalitesinin düşmesi anlamına gelmektedir.

Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu (YBMD) tanılı 381 olgunun **NEI VFQ-25/TR** Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilerek, hastalıklarının yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin incelendiği bu Tez çalışmasına dayalı olarak şu öneriler ileri sürülebilir :

1. YBMD'nin yaşla birlikte gözlenen artış oranları göz önüne alınarak, yaşlı sağlığı taramalarında *önemle* araştırılması gereken bir hastalık olduğu söylenebilir.

2. Alan çalışmaları kapsamında Toplum Sağlığı taramalarına Amsler Testi (Kareli Kağıt Testi) uygulaması eklenebilir. Denetimler sırasında Amsler Testi ile izlemin neo-vasküler dönüşümü saptamada oldukça duyarlı olduğu bilinmektedir (Sunness JS et al., 1999)

3. Genel olarak nüfusun yaşlanmasının bir sonucu olarak, 55+ yaş tüm insanların yılda bir kez oftalmolojik muayene yaptırılmaları önerilebilir. Bu yolla, YBMD tanısının daha erken evrede konması ve hastaların yönlendirilmesi yapılabilecektir.

4. Aile öyküsü varlığında, hastalara kontrol muayenesi önerilmesi daha da büyük önem taşır.

5. **NEI VFQ-25/TR** Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanım açısından işlevsel bir ölçektir. Bu tür Ölçeklerin salt araştırma amaçlı değil hastaların izleminde, esenlendirme (rehabilitasyon) gereksinimlerinin ve yöntemlerinin belirlenmesinde, toplumsal destek politikalarının saptanmasında işe yarayabilecekleri kanısı oluşmuştur.

Elde edilen sonuçların, taranabildiği ölçüde alanyazınla benzer olması, bu konuda yapılan sınırlı sayıda ulusal çalışma bulunması ve yaşlanan Dünya nüfusunun gereksinimini karşılamak için YBMD'li hastaların yaşam niteliğini ölçen başka araştırmaların da yapılması, sağlık giderlerinin planlanmasında YBMD ile düşen yaşam niteliği puanlarının da incelenmesi, olguların görmeleri değerlendirilirken salt görme keskinliğine göre değil yaşam niteliği sorgulamasına da başvurulması; yaşam niteliği puanlarını artırıcı bakım gereksinimine yönelik hemşirelik bakımı planlamasına gidilmesi ve esenlendirici (rehabilitate edici) girişimler planlanması göz önünde bulundurulmalıdır (Woods, 1992).

ÖZET

Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 2008 Yılı İlk Yarısında Başvuran Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonu Olgularının NEI VFQ-25 / TR Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi

Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonu (YBMD), başta nüfusu giderek yaşlanmakta olan gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm Dünya ülkelerinin en önemli sağlık sorunlarından biridir. Çalışmamızın amacı; YBMD tanısı alan hastaların sosyo-demografik özellikleri, YBMD tanısı alma süreleri ve binoküler görme keskinliklerinin, NEI VFQ-25/TR ölçeğinin alt puanlarıyla karşılaştırmak ve hastaların yaşam kalitelerinin nasıl bir değişim izlediğini saptamaktır.

Örnekleme, Sağlık Bakanlığı Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 2008 yılı ilk yarısında başvuran yeni tanı almış ve izlemde olan toplam 381 hasta oluşturmuştur ve yüz yüze görülmüştür. Bu tanıyı almış olan ve izlemleri sürmekte olan hastalardan çalışmamıza katılmayı kabul edenlerle yürütülen çalışmamızda hastaların sağ göz, sol göz ve binoküler görme keskinlikleri 'Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study' (ETDRS) Eşeli ile belirlenmiştir. 'National Eye Institute-Visual Function Questionnaire' (NEI VFQ-25/TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği (Türkçe'ye uyarlanmış formu) ile de yaşam nitelikleri irdelenmiştir. Yaşın artışıyla genel sağlık ve görme niteliğinin düştüğü ($p=0,001$), yakın ve uzak görme niteliğinin azaldığı, faaliyetle ilgili zorluklar ve esenlik-sıkıntı-bağımlılığın arttığı görülmüştür. Olgularda genel sağlık ve görme ve rol kısıtlılığı puanlarının kadınlarda yüksek olduğu ve buna göre yaşam niteliği puanlarını daha düşük olduğu saptanmıştır. Esenlik-sıkıntı-bağımlılık puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada incelenemediği ölçüde hastalığa yatkınlıkla ailesel özellikler arasında kaynaklardaki verilerden farklı olarak önemli derecede (%27) bağ bulunmuştur. Görme Keskinlikleri Sınıflamasında, 381 hasta içinde "Tam Kör" olan yokken, 4 olgu "Tama Yakın Kördür", "İleri Derecede Görsel Yetersizlik %7.3'tür (28 olgu). Büyük çoğunluğu oluşturanlar Orta Dereceli Az Görme, Normale Yakın ve Normal Görme (sırasıyla %45,7- %29,1- %13,1) gruplarıdır. Bu kişilerin çoğu evli ya da bir yakınıyla yaşamakta olup, risk kümesi kabul edebileceğimiz yalnız yaşayanların oranı %14.4'tür.

YBMD'li hastaların yaşam niteliği puanlarının ilerleyen yaşla düştüğü, cinsiyet ve azalmış görmelerinin rol kısıtlılıkları yarattığı, bağımlılıklarını artırdığı, esenlik-sıkıntı-bağımlılıklarını, günlük faaliyetlerle ilgili zorluklarını olumsuz etkilediği görülmüştür. Hastaların sosyal destek kapsamında hemşirelik bakımı ve esenlendirme (rehabilitasyon) gereksinimini karşılanmalıdır.

Anahtar sözcükler : Makula Dejenerasyonu, Yaşam Kalitesi, NEI VFQ-25/TR Ölçeği, Hemşirelik bakımı, Sosyal destek

SUMMARY

Evaluation of Life Quality of Age Related Macular Degeneration-AMD Patients by NEI VFQ-25/TR Questionnaire Who Admitted to Ankara Ulucanlar Eye Diseases Training Hospital of Türkiye, Through the First Half of 2008

Age Related Macular Degeneration (ARMD) is one of the biggest health problems mostly among the countries where the population is getting older and the other entire World countries. Our research aim is to set how ARMD patients' life qualities change by comparing their socio-demographic characteristics, duration of illness, and binocular visual acuity levels with NEI-VFQ-25/TR subscales.

In this sample were included 381 patients who admitted the "Ministry of Health Training and Research Eye Hospital in Ankara Ulucanlar, during the first half of 2008 and who took a new diagnosis and who were being already followed up and interviewed face to face by the Thesis owner. Patients who have been diagnosed and accepted to include our research are selected with 'Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study' (ETDRS) chart by their visual acuities of right, left and both eyes. Also their quality of life is examined by Quality of Life Scale 'National Eye Institute-Visual Function Questionnaire' (NEI-VFQ-25/TR)'s Turkish adopted version by Eser & Toprak.

In this research, when increasing patients' age, there is increase in impairment of health, loss in the visual acuity ($p < 0,001$), decrease in near and far visual quality, decrease in contribution to social activities, role limitation in daily life and an increase in dependency and distress have been observed. In patients; general health, general vision and role limitation scores are higher in women. This means their quality of life score is lower. It is figured out that mental health and well-being scores for men are higher than the women. In this research it is seen that there is relation between susceptibility and familial predisposition (unlike the parameters in literature) at a certain level of 27%. In classification of binocular visual acuity, legal blindness is 7.3%(28 cases). Among 381 patients there is no "total blindness", 4 patients are nearly blind. Most of these patients are either married or living with their relatives but the group which we consider as "high risk group" is the ones who live alone (14.4%).

It is understood that ARMD decreases the quality of life scores depending on the rise of the age. Gender and different binocular visual acuities causes role limitation. It augments the dependency and affects the mental health too, well-being, social activities, motor and other daily needs negatively. Within the context of patients' social support, their nursing care and rehabilitation needs must be considered.

Key words: Macular Degeneration, Quality of Life, NEI VFQ-25/TR Scale, Nursing Care, Social Support

KAYNAKLAR

- AGE-RELATED EYE DISEASE STUDY RESERARCH GROUP(2000). Risk factors associated with age-related macular degeneration. A case-control study in the Age-Related Eye Disease Study:AREDS report no.3. *Ophthalmology*; 107: 2224-2232
- AGE-RELATED EYE DISEASE STUDY RESERARCH GROUP(2005). Risk factors for the incidence of Advanced Age-Related Macular Degeneration in the Age-Related Eye Disease Study AREDS report no. 19. *Ophthalmology*;112(4):533-9
- ALEYNE, AOG.(2003) Health and Quality of Life, Rev Panam Salud Publical *Pan Am J Public Health.*; 9 (1):1-6
- ANAND-APTE, B. PEPPER, MS. VOEST, E., MONTESANO, R., OLSEN, B., MURPHY, G., APTE, SS., ZETTER, B.(1997) Inhibition of angiogenesis by tissue inhibitor of metalloproteinase-3. *Invest Ophthalmol Vis Sci* ; 38 (5): 817-823
- ANDERSON, DH. MULLINS, RF. HAGEMAN, GS., LINCOLN, VJ. (2002). A role for local inflammation in the formation of drusen in the aging eye. *Am J Ophthalmol* ; 134 (3): 411-431
- ANDERSON, RE, KRETZER, FL. RAPP, LM. (1994). Free radicals and ocular diseases. *Adv Exp Med Biol*; 366: 73-86
- ARNOLD, JJ. SARKS, SH. KILLINGSWORTH, MC., SARKS, JP. (1995). Reticular pseudodrusen: a risk factor in age-related maculopathy. *Retina*; 15(3): 183-191
- ASPINALL, PA. HILL, AR. DHILLON, B., ARMBRECHT, AM., NELSON, P., LUMSDEN, C., FARINI HUDSON,E., BRICE, R., VICKERS, A., BUCHHOLZ, P. (2007) Quality of life and relative importance: comparison of time trade-off and conjoint analysis methods in patients with age-related macular degeneration. *Br Ophthalmol* ; 91(6): 766-772
- ATTEBO K., MITCHELL P., SMİTH W., (1996)Visual Acuity and the Causes of Visual Loss in Australia: the Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology*. 103: 357-364
- AVCI, PY. (2005), Glokom Hastalarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, [www.gata.edu.tr/saglikbilimleri/yuk lis/GATA_2005_tez_ozetleri.pdf] Erişim Tarihi: 24.09.2007
- BANASTRE, J. LE PEN, C. SOUBRANE, G. QUENTEL, G. (2003) The Burden of ARMD: Results of a Cohort Study in Two French Referral Centers, *Pharmacoeconomics*; 2(3): 181-190
- BENGİSU Ü., (1998), Göz Hastalıkları; Yaşa Bağlı Maküla Dejeneresansı. Palme Yayınları.4. Basım, Ankara s: 187-188
- BERDEAUX, G. NORDMANN, JP. COLIN, E. ARNOULD, B. (2005). Vision-related quality of life in patients suffering from age-related macular degeneration. *Am J Ophthalmol* ;139:271-279.
- BİLGİN, LK. (2004) Yaşlılıkta Görme Bozuklukları, *Klinik Gelişim Dergisi*; 17 (2):116-122
- BİLİR, N. (2006) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, Halk Sağlığı Temel Bilgiler : BERTAN, M. GÜLER, Ç. (ed), Güneş Kitabevi, Ankara, s.: 1020-1042
- BİLİR, N., (2008), Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları, *Toplum Hekimliği Bülteni*: 25(3): 15-27

- BROWN, GC. BROWN, MM. (2005). The Burden of Age-Related Macular Degeneration: A Value-Based Medicine Analysis, *Trans Am Ophthalmol Soc* 103: 173-186
- CAHILL, MT. BANKS, AD. STINNETT, SS. TOHT, CA. (2005). Vision related Quality of Life in patients with bilateral severe Age-Related Macular Degeneration. *Ophthalmology* ;112: 152-158
- CHIA, EM., MITCHELL, P., POCHTCHINA, E., WANG, JJ. (2006). Assessment of Vision-Related Quality of Life in an Older Population Subsample: The Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmic Epidemiol* 13(6):371-377
- CHAKRAVARTHY, U. STEVENSON, M. (2005). Self-reported visual functioning and quality of life in age related macular degeneration. *Curr Opin Ophthalmol* ;16:179-183
- CHAIANE, G. HULLO, A. SAHEL, J., SOUBRANE, G., ESPINASSE-BERROD, MA., SCHUTZ, D., BOURGUIGNON, C., HARPEY, C., BRAULT, Y., COSTE, M., MOCCATTI, D., BOURGEOIS, H.(1998) Case-control study of the risk factors for age-related macular degeneration.
- DeCARLO DK., SCILLEY K., WELLS J., OWSLEY C., (2003). Driving habits and health-related quality of life in patients with age-related maculopathy. *Optom Vis Sci.* 2003 Mar;80(3):207-13.
- ERGİN MH., KOÇAK N., Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Epidemiyoloji ve Etiyopatogenez, *Türkiye Klinikleri* : 2 (41) : 2-6
- FRANK, RN., PUKLIN, JE., STOCK, C. CANTER, LA. (2000). Race, iris color, and age-related macular degeneration. *Trans Am Ophthalmol Soc*; 98: 109-115
- FERRIS, FL., FINE, SL., HYMAN, L. (1984). Age Related Macular Degeneration and blindness due to neovascular maculopathy. *Arch Ophthalmol* ; 102: 1640-1642
- FINE, AM., ELMAN, MJ., EBERT, JE., PRESTIA, PA., STARR, JS., FINE, SL. (1986) Earliest symptoms caused by neovascular membranes in the macula. *Arch Ophthalmol*; 104(4) : 513-514
- GOLDSTEIN, M., LOEWENSTEIN, A., BARAK, A., POLLACK, A., BUKELMAN, A., KATZ, H., SPRINGER, A.,SCHACHAT, AP., BRESLER, SB., COONEY, MJ., ALSTER, Y., RAFAELI, O., MALACH, R.; Preferential Hyperacuity Perimeter Research Group. (2005), Results of a multicenter trial to evaluate the preferential hyperacuity perimeter for detection of age-related macular degeneration. *Retina* ;25(3): 296-303
- GEBAM, (2003). Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yaşam Kalitesi Rehberi, 2. Baskı, Ankara, s:30
- HANEBULTH L., (1981). The problem patient: the dying of the light. Nursing strategies for the patient who is going blind. *J Pract Nurs.* 1981 Jun;31(6):25-6, 28.
- HASSELL JB., LAMOUREUX EL., KEEFFE JE., (2006). Impact of age related macular degeneration on quality of life. *Br J Ophthalmol.* 90(5): 593-596.
- HEIDEN, HG., (Hrsg.) (1996): "Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden" - Grundrecht und Alltag: eine Bestandsaufnahme, Reinbek bei Hamburg.
- HIRVELA, H., LUUIKEN, H., LIC, EL. (1996). Risk Factors of Age Related Maculopathy in a population 70 Years of Age or Older, *Ophthalmology* : 103: 871-877
- HUFFMAN J. (1983). Living with limitations. *Geriatr Nurs.* 1983 Mar-Apr;4(2):107-108
- HULSE JR., (1994). Humor: a nursing intervention for the elderly. *Geriatr Nurs.*Mar- Apr;15(2):88-90.

- HYMAN, LG., LILIENFELD, AM., FERIS, FL., FINE, SL., (1983), Senile macular degeneration: a case-control study. *Am J Epidemiol* ; 118 (2): 213-227
- IKRAM, MK., VAN LEEUWEN, R., VIGERLING, JR., HOFMAN, A., de JONG, PT. (2003) Relationship between refraction and prevalent as well as incident age-related maculopathy: The Rotterdam Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci* ; 44(9): 3778-3782
- İŞİK GÖZ HASTANESİ. [www.isikgoz.com.tr/pages/accessibility/accessibility.html], Erişim Tarihi: 31.10.2009
- İDİL, A. (1998). Dünya'da Körlüğün Dağılımı ve Nedenleri, Halk Sağlığı, ANTİP A.Ş. Yay., Ankara, s.: 409-414
- İNİA, (1998) International Short Training Course in Health Care for Older Population - Final Report, 16-27 November 1998, İNİA, UN, Malta s:112-124
- KAISERMAN, I., KAISERMAN, N., ELHAYANY, A., VINKER, S. (2007). Cataract surgery is associated with a Higher rate of photodynamic therapy for Age-related macular degeneration. *Ophthalmology*;114:278-82
- KANSKI, JJ., (1997). Age Related Macular Degeneration, *Clinical Ophthalmology*, Butterworth-Heinemann International Editions, 3rd Ed. p: 390-397
- KANSKI, JJ., (2001), Akiz Maküla Hastalıkları, Klinik Oftalmoloji, Nobel Tıp Yayınları, 4.Baskı, Ankara, s: 403-408
- KARAÇORLU, M., KARAÇORLU, SA., ÖZDEMİR, H. (2006) . Koroid Neovaskülarizasyonları ve Fotodinamik Sagaltım, İstanbul Retina Enstitüsü, Yelken Basım, 1. Baskı, İstanbul, s: 1-4
- KAREN, JM., STEVEN, RA., (2001). Vertoporfin for Age Related Macular Degeneration. *The Annals of Pharmacotherapy*; 35: 1593-1598
- KLAVER CC., WOLFS RC., VİNGERLİNG JR., (1998)Age-Specific Prevalence and Causes of Blindnessand Visual impairment in an Older Population: the Rotterdam Study. 116: 638-653
- KLEIN R, KLEIN BEK, LINTON KLP (1992). Prevalence of Age-related maculopathy. The Beaver Dam EyeStudy. *Ophthalmology* 1992; 99: 933-943
- KLEIN, R., KLEIN, BEK., MOSS, SE. (1992). Diabetes, hyperglycemia and age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* ; 99: 1527-1534
- KLEIN, BEK., KLEIN, R., JENSEN, SC., RITTER LL. (1994) Are sex hormones associated with age-relatedmaculopathy in Women. The Beaver Dam Eye Study. *Trans Am Ophthalmol Soc*; 92: 289-295
- KLEIN, R., KLEIN, BEK., WANG, Q., MOSS, SE. (1994), Is age-related maculopathy associated with cataracts? *Arch Ophthalmol* ; 112: 191-196
- KLEIN, R., KLEIN, BEK., JENSEN, SC., MOSS, SE., CRUICKSHANKS, KJ. (1994), The relation of socioeconomic factors to age-related cataract, maculopathy and impaired vision. *Ophthalmology* 101(12): 1969-1979
- KLEIN BEK, JENSEN SC, MEUER SM (1997). The five-year incidence and progression of age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study.*Ophthalmolgy*; 104: 7-21

- KLEIN, R., KLEIN, BEK., JENSEN, SC., (1997), The Ration of Cardiovascular Disease and Its Risk Factors to the 5 Year Incidence of Age Related Maculopathy, The Beaver Dam Eye Study, *Ophthalmology*; 104: 1804- 1812
- LAMOUREUX, EL., HOOPER, CY., LIM, L., PALLANT, JF., HUNT, N., KEEFFE, JE., GUYNER, RH. (2007) Impact of cataract surgery on quality of life in patient with early age-related macular degeneration. *OptomVis Sci* ; 84(8): 683-688
- LESKE, MC., WU, SY., HYMAN, L., HENNIS, A., NEMESURE, B., SCHACHAT, AP.; Barbados Eye Studies Group (2004). Four-year incidence of macular changes in the Barbados Eye Studies. *Ophthalmology*: 111(4): 706-711
- LUNDQWIST, B., MÖNESTAM, E., (2006). Longitudinal changes in subjective and objective visual function 5 years after cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* ; 32:1944-1950
- MAGUIRE, P., (1986). Geographic atrophy of the retina pigment epithelium. *Am J Ophthalmol* ; 102: 621-625
- MENNEL, S., BARBAZETTO, I., MEYER, CH., PETER, S., STUR, M., (2007). Ocular photodynamic therapy – standard applications and new indications (part 2). Review of the literature and personal experience. *Ophthalmologica* ; 221(5): 282-291
- MILLER, JW., SCHMIDT-ERFURTH, U., SICKENBERG, M., POURNARAS, CJ., LAQUA, H., BARBAZETTO, ZOGRAFOS, L., PIGUET, B., DONATI, G., LANE, AM., BIRNGRUBER, R., van den BERG, H., STRONG, A., MANJURIS, U., GRAY, T., FSADNI, M., BRESSLER, NM., GRAGOUDAS, ES. (1999), Photodynamic therapy with verteporfin for choroidal neovascularization caused by age-related macular degeneration: results of a single treatment in a Phase I and II study. *Arch Ophthalmol*; 117(9): 1177-1187
- MISKALA, PH., HAWKINS, BS., MANGIONE, CM., BASS, EB., BRESSLER, NM., DONG, LM., MARSH, MJ., McCAFFERY, LD. (2003) Responsiveness of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire to changes in visual acuity. SST report no.1. *Arch Ophthalmol* ; 121(10): 531-539
- MITCHELL, J., BRADLEY, C., (2004). Design of an individualised measure of the impact of macular disease on quality of life. *Quality of Life Research* ; 13; 1163-1175
- MOORE LW., (2001). Macular degeneration in older adults. *Geriatr Nurs*. 2001 Mar-Apr;22(2):96-9.
- MUKESH, BN., DIMITROV, PN., LEIKIN, S., WANG, JJ., MITCHELL, P., McCARTY, CA., TAYLOR, HR. (2004), Five-year incidence of agerelated maculopathy: The Visual Impairment Project. *Ophthalmology*;111: 1176-82
- MURTY GV., GUPTA SK., THULASIRAJ RD., VISWANATH K., DONOGHUE EM., FLETCHER AE., (2006). The development of the Indian vision function questionnaire: questionnaire content. *Br J Ophthalmol*. 2005 Apr;89(4):498-503.
- OVALI, T.(2001), Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasansında Tıbbi Sagaltım, Maküla Hastalıkları, Türk Oftalmoloji Derneği Ankara Şubesi Akademik Eğitim Programı 21. Ulusal Oftalmoloji Kursu, Ankara. s: 223-232
- ÖZGÜL A.,(2000), Geriatrie Patolojinin Esasları. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed: KUTSALYG., BEYZOVA M., Güneş Kitabevi, Ankara. s: 1341-1352
- PATRICIA, DB., (1993) APRN CS. Psychosocial Nursing Care of Physically III Patients and Their Families. 3rd ed., Lippincott, Philadelphia. International Institute on Aging p: 29-41

- POLA Study Group. (1998) Smoking and age-related macular degeneration. The POLA Study. Pathologies Oculaires Liees a l'age. *Arch Ophthalmol* ; 116: 1031-35
- ROGERS, A., MARTIDIS, A., GREENBERG, P.(2002), Optical Coherence Tomography findings following photodynamic therapy of choroidal neovascularization. *Am J Ophthalmol* ; 134(4): 566-576
- SBRSHMB. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. [www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=33:ulusal-hastalve-maliyet-etkililik-projesi-raporlar&catid=14:arama-raporlar&Itemid=28], Erişim Tarihi: 09.12.09
- SALTIK, A., Sağlık Ekonomisi. [www.hekimsaltik.com/modules.php?name=News&file=rticle&sid=27], Erişim Tarihi: 12.12.09
- SALTIK, A., Toplumun Sağlık Gereksinimini Belirleme. [www.hekimsaltik.com/modules.php?name=News&file=article&sid=31], Erişim Tarihi; 01.10.09
- SARKS, JP., SARKS, SH., KILLINGSWORTH, M.(1988), Evolution of geographic atrophy of the retina pigment epithelium. *Eye*; 2: 552-577
- SATO, T., LIDA, T., HAGIMURA, N., KISHI, S.(2004), Correlation of optical coherence tomography with Angiography in retinal pigment epithelial detachment associated with age-related macular degeneration. *Retina*; 24(6): 910-914
- SCHACHAT, AP., HYMAN, L., LESKE, C, CONNELL, AM.,WU, SY. (1995), Features of age-related macular degeneration in a black population. *Arch Ophthalmol*; 113 (6): 728-735
- SEDDON, JM., WILLET, WC., SPEIZER, FE., HANKINSON, SE. (1996), A prospective study of smoking and age-related macular degeneration in women. *JAMA* ; 276(14): 1141-1146
- SEDDON, JM., COTE, J., DAVIS, N., ROSNER, B. (2003), Progression of age-related macular degeneration: association with body mass index, waist circumference, and waist-hip ratio. *Arch Ophthalmol*; 121: 785-792
- SEDDON, JM., GENSLER, G., MILTON, RC., KLEIN, ML., RIFAI, N. (2004), Association between C reactive protein and related macular degeneration. *JAMA*; 291(6): 704-710
- SEZGİN, S., BİRİNCİ, H., BİRİNCİ, A., ÖĞE, İ., ERKEN, D. (2003) Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Risk Etmenleri, *Journal of Retina- Vitreus*; 11(2): 159-163
- SHEN, JK., DONG, A., HACKETT, SF., BELL, WR., GREN, WR., CAMPOCHIARO, PA. (2007), Oxidative damage in age-related macular degeneration. *Histol Histopathol* ; 22(12): 1301-1308
- SINGERMAN, CL., BRUCKER, AJ., JAMPOL, L., LIM, JI., ROSENFELD, P., SCHACHAT, AP., SPAIDE, RF. (2005), Neovascular age-related macular degeneration. *Retina*; 25 (7): 1-22
- SNOW, KK., SEDDON, JM.(1999) Do age-related macular degeneration and cardiovascular disease share common antecedents. *Ophthalmol Epidemiol*; 6: 125-143
- SNOW, KK., COTE, J., YANG, W., DAVIS, NJ., SEDDON, JM. (2002), Association between reproductive and hormonal factors and age-related maculopathy in postmenopausal women. *Am J Ophthalmol* ; 134(6):842-848
- SOMMER, A., TIELSCH, JM., KATZ, J., QUIGLEY, HA., GOTTSCH, JD., JAVITT, JC, MARTONE, JF., ROYALL, RM., WITT, KA., EZRINE, S. (1991), Racial differences in the cause specific prevalence of blindness in East Baltimore. *N Eng J Med* ; 325 (20): 1412-1417

- SORENSEN, JA., JANUZZI, LA., SHAKIN, JL.(1991), Recurrent subretinal neovascularization. *Ophthalmology*; 109: 211-215
- SOUBRANE, G., (2007) Social costs of AMD high, with wide variation across countries, study shows, OSN Super Site Breaking News, [www.osnsupersite.com/view.asprID=22392] Erişim Tarihi: 02.07.2007
- STAAB, AS., HODGES, LG.(1996), Essentials of Gerontological Nursing, Philadelphia, Lippincott. p: 57-68
- SUÑER, IJ., ESPINOSA-HEIDMANN, DG., MARIN-CASTANO, ME., HERNANDEZ, EP., PERERIRA-SIMON,S. COUSINS, SW. (2004), Nicotine increases size and severity of experimental choroidalneovascularization. *Invest Ophthalmol Vis Sci*; 45: 311-317
- SUNNESS, JS., GONZALEZ-BARON, J., APPELEGATE, CA., BRESSLER, NM., TIAN, Y., HAWKINS, B.,BARRON, Y., BERGMAN, A. (1999) Enlargement of atrophy and visual acuity loss in the geographic atrophy form of age-related macular degeneration. *Ophthalmology*; 106 (9): 1768-1779
- SUNNESS, JS., RUBIN, GS., APPELEGATE, CA., BRESSLER, NM., MARSH, MJ., HAWKINS, BS. HASELWOOD, D.(1997), Visual function abnormalities and prognosis in eyes with age-related geographic of the macula and good visual acuity. *Ophthalmology* ;104 (10): 1677-1691
- SUNNESS, JS., APPELEGATE, CA., HASELWOOD, D., BRESSLER, NM., RUBIN, GS. (1996), Fixation patterns and reading rates in eyes with central scotomas from advanced atrophic age-related macular degeneration and Stargardt's disease. *Ophthalmology*; 103 (9):1458-1466
- SUTTER, FK., MENGHINI, M., BARTHELMES, D., FLEISCHHAUER, JC., KURZ-LEVIN, MM., BOSCH,MM.,HELBIG, H. (2007), Is pseudophakia a risk factor for neovascular age-related macular degeneration. *Invest Ophthalmol Vis Sci* ; 48(4): 1472-1475
- ŞEKEROĞLU, HT.(2007), "Yaş Tıp Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonunda Fotodinamik Sağaltım Sonrası Optik Koherens Tomografi, Fundus Floresein Anjiyografi ve Yaşam Kalitesi Sonuçlarının Karşılaştırılması" Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara
- TAŞOÇAK G.,(1991), Hemşirelik Disiplini Yönünden Yaşlılığa Yaklaşım, Hemşirelik Bülteni, 5(9): 11-14
- TOMANY, SC., CRUIKKSHANKS, KJ., KLEIN, R., KLEIN, B., KNUDTSON, MD. (2004), Sunlight and 10Year incidence of early age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Arch Ophthamol* ; 122 (5): 750-757
- TOMANY, SC., WANG, JJ., VAN LEEUWEN, R., KLEIN, R., MITCHELL, P., VINGERLING, JR., KLEIN, B.,SMITH, W., de JONG, PT. (2004), Risk factors for incident acerelated macular degeneration: pooled findings from 3 continents. *Ophthalmology*;111(7): 1280-1287
- TOPRAK, B., ESER, E., GÜLER, C., BAŞER, FE., MAYALI, H. (2004), [www.bayar.edu.tr/baristoprak/index.html], Erişim Tarihi: 01.10.2007
- TOPRAK, B., ESER, E., GÜLER, C., (2005): Cross-Validation of the Turkish version of the 25 item National Eye İnstitute Visual Functioning Questionnaire (NEI-VFQ 25) Ophtalmic Epidemiology, 12: 259-269
- TÜBİTAK (2006), Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi, Sosyal ve Beşeri Araştırma Grubu, (Ed): TUFAN İ., ARUN Ö., Tübitak Yayınları, Ankara.
- TURAMAN C., (2001). Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamakta Planlanması. Turkish Journal of Geriatrics; 4(1): 22-27
- TÜİK, (2000), Nüfus İstatistikleri, Yaş Grubuna Göre Nüfus ve Bağımlılık Oranları: [www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do.istab_id], Erişim Tarihi:11.10.2007

- UNIVERSITY EYE CLINIC and COPENHAGEN CITY HEART STUDY. (1989), Age-related macular degeneration. Macular change, prevalence and sex ratio. An epidemiological study of 1000 aged individuals. *Acta Ophthalmol* ; 67(6): 609-616
- ÜNAL, S. (1997), Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi: Geriatri. Y.Gökçe Kutsal, M. Çakmakçı, S. Ünal (Ed); Cilt 1, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. s.:26-32
- VAN LEEUWEN, R., VINGERLING, JR., HOFMAN, A., de JONG, PT., STRICKER, BH. (2003), Cholesterol lowering drugs and risk of age- related maculopathy: prospective cohort study with cumulative exposure measurement. *Br Med J*; 326 (7383): 255-256
- VARNA, R., FRASER-BELL, S., TAN, S., KLEIN, R., AZEN, SP. (2004); Los Angeles Latino Eye Study Group Prevalence of age-related macular degeneration in Latinos. *Ophthalmology* ; 111(7): 1288-1297
- VINDING, T. (1989), Age-related macular degeneration. Macular changes, prevalence and sex ratio. An epidemiological study of 1000 aged individuals. *Acta Ophthalmol* ; 67: 609-616
- VINGERLING, JR., DIELEMANS, I., BOTS, ML., GROBBEE, DE., De JONG, PT.(1995) Age-related Macular degeneration is associated with atherosclerosis: The Rotterdam Study. *Am J Epidemiol*;142: 404-409
- VINGERLING, JR., DIELEMANS, I., HOFMAN, A., GROBBEE, DE., HIJMERING, M., KRAMER, CF., DeJONG, PT. (1995), The prevalence of Age-related Maculopathy in the Rotterdam Study. *Ophthalmology*; 102:205-210
- WHO, (2003), The Magnitude and Cost of Global Blindness:An Increasing Problem That Can Be Alleviated KEVIN D. FRICK, PHD, AND ALLEN FOSTER, FRCS, FRCOPHTH [www.who.int/ncd/vision2020_actionplan/documents/frickfosterAJO1354712003.pdf] Erişim: 22.12.09
- WHO, (2003),The World Health Report: 2003.*Shaping the future*. World Health Organization, Geneva, p: 3-40
- WHO, (2004), The Global Burden of Disease. [www.who.int/GBD_report_2004update_full.pdf], p: 32-35 Erişim: 02. 02. 2010
- WHO, (2004). Magnitude and causes of visual impairment. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html], Erişim: 02.10.2007
- WHO, (2007). Older people and Primary Health Care (PHC), [www.who.int/ageing/primary_health_care/en/index.html] Erişim Tarihi: 11.02.2009
- WANG, Q., CHAPPELL, RJ., KLEIN, R., EISNER, A., KLEIN, BE., JENSEN, SC., MOSS, SE. (1996), Patterns of age-related maculopathy in the macular area, the Beaver Dam Eye Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci* ; 37: 2234-2242
- WOODS S., (1992), Macular Degeneration. New York Hospital, Cornell University Medical College. *Nurs Clin North Am*. Sep;27(3):761-75.

EKLER

EK 1: Hasta Bilgi Formu

“ Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne 2008 Yılı İlk Yarısında Başvuran Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu Olgularının NEI VFQ-25 / TR Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi “

Çalışması Hasta Bilgi Formu

Yürütücü : Hemşire Semiha ÖNER

FORM NO _____ : _ _ _ _

Dosyasındaki tanısı : Kuru Tip/Yaş Tip

Dosya No :

Dosyasında görme keskinliği (uzak) : Sağ göz : 20/.. Sol göz : 20/.. Binoküler : 20/..

Binoküler iyi gören gözde düzeltilmiş görme keskinliği sınıflaması : 1. Total Kör (Işık hissi olmayan) 2. Totale Yakın Kör(1m den en üstü okuyamayan)

3. Legal Körlük (5/125-5/250) 4. Az görme(10/125-10/200)

5.a)Normale yakın (20/32-20/63) b) Orta düzeyde görme (20/80-20/160)

c) Normal (20/20-20/25)

A-SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşı : 2-Cinsiyeti : a) Kadın b) Erkek

3- En son hangi okulu bitirdiniz?

a)Okur yazar değil b) Okul bitirmedim-okur yazarım c) İlköğretim mezunuyum
d) Lise mezunuyum e) Üniversite ve üstü

4-Medeni durumunuz :

a) Evli b) Bekar c) Dul-Boşanmış-Ayrı yaşıyor

5-Çocuğunuz var mı?

a) Evet (Kaç tane ?.....) b) Hayır

6- Evde kimle yaşıyorsunuz?

a) Yalnız yaşıyorum b) Eşimle c) Eşim ve Çocuklarımla

d) Annem/Babamla/Kardeşimle e) Öbür

7- Mesleğiniz nedir?

8- Halen eve gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

9- Size göre maddi durumunuz nasıldır?

a) Düşük b) Orta c) İyi

10-Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet

(1. SSK 2. Emekli Sandığı 3. Bağ-Kur 4. Yeşil Kart 5. Özel Sigorta 6. Başka)

b) Hayır

B- HASTALIĞA ve TEDAVİYE İLİŞKİN BİLGİLER

11-Ailenizde Maküla Dejenerasyonu tanısını almış başka bireyler var mı?

a) Evet (Yakınlığı?.....)

b) Hayır

12- Hastalığınız kaç yıl önce tanılandı?.....

(Dosyasından bakılacak : yılında tanı **kuru / yaş YBMD** tanısı almış..)

13- Size göre bu nasıl bir hastalıktır?

a) Bir süre sonra geçip gidecek bir durum

b) Devam eden bir durum, hayatınızın bir parçası

c) Ara ara gelen bir durum, tedaviyle azalıp tekrarlayan

d) Başka (söyleneni yazınız...) :

14- Bu göz hastalığınız sırasında hastaneye yattınız mı?

a. Hayır

b. Evet (**Evetse Neden?**)

15- Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

a) Evet (Açıklayınız.....)

b) Hayır

16- Bir günde kaç ilaç kullanıyorsunuz?.....

17. Ekleme istediğiniz bir konu var mı?.....

EK 2: NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Anketi Örneği

National Eye Institute
Visual Functioning Questionnaire – 25
Türkçeleştirilmiş Biçimi
(VFQ-25/TR)
sürüm 2000
(GÖRÜŞMECİNİN DOLDURDUĞU BİÇİMİ)
Ahmet Barış Toprak¹, Erhan Eser², Cenap Guler¹, Fatma Esin Başer¹, Hüseyin Mayalı¹
Haziran 2004
1 Celal Bayar Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
2 Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

RAND hereby grants permission to use the "National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire 25 (VFQ-25)

July 1996, in accordance with the following conditions which shall be assumed by all to have been agreed to as a consequence of accepting and using this document:

1. Changes to the NEI VFQ-25 - July 1996 may be made without the written permission of RAND. However, all such changes shall be clearly identified as having been made by the recipient.
2. The user of this NEI VFQ-25 - July 1996 accepts full responsibility, and agrees to hold RAND harmless, for the accuracy of any translations of the NEI VFQ-25 Test Version - July 1996 into another language and for any errors, omissions, misinterpretations, or consequences thereof.
3. The user of this NEI VFQ-25 - July 1996 accepts full responsibility, and agrees to hold RAND harmless, for any consequences resulting from the use of the NEI VFQ-25.
4. The user of the NEI VFQ-25 - July 1996 will provide a credit line when printing and distributing this document or in publications of results or analyses based on this instrument acknowledging that it was developed at RAND under the sponsorship of the National Eye Institute.
5. No further written permission is needed for use of this NEI VFQ-25 - July 1996.
7/29/96
© R 1996

25 Sorulu Görme İşlevi Anketi

1. BÖLÜM - GENEL SAĞLIK ve GÖRME

1. Genel olarak, tüm sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Şu anda her iki gözünüzle baktığınızda, eğer kullanıyorsanız gözlük ya da kontakt lenslerinizle de olsa, görmenizin, mükemmel, iyi, orta, kötü, veya çok kötü olduğunu mu söylersiniz yoksa tamamen kör müsünüz?

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

3. Ne sıklıkla görmeniz ile ilgili endişe duyuyorsunuz?

Hiçbir zaman	1
Nadiren	2
Bazen	3
Çoğu zaman	4
Her zaman	5

4. Gözünüzde ve çevresinde ne kadar ağrı ya da rahatsızlık hissi, örneğin yanma, kaşıntı, veya sızlama oluyor?

Hiç	1
Hafif	2
Orta	3
Şiddetli, veya	4
Çok şiddetli	5

2. BÖLÜM - FAALİYETLERLE İLGİLİ ZORLUKLAR

Bundan sonraki sorular, belirli faaliyetleri yaparken, eğer varsa gözlük ya da kontakt lenslerinizi takıyor olsanız da, ne kadar zorluk çektiğinizle ilgilidir.

5. Başlıklar dışındaki gazete yazılarını okumak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5

Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

6. Yemek pişirme, dikiş dikme, evdeki tamirat işleri ya da el aletlerini kullanma gibi yakından iyi görmenizi gerektirecek işleri veya boş zaman uğraşlarınızı yapmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
 Biraz zor 2
 Orta derecede zor 3
 Çok zor 4
 Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
 Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

7. Görmeniz nedeniyle, kalabalık bir raftan aradığınız bir şeyi bulmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
 Biraz zor 2
 Orta derecede zor 3
 Çok zor 4
 Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
 Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

8. Sokak isimlerini ya da mağaza tabelalarını okumak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
 Biraz zor 2
 Orta derecede zor 3
 Çok zor 4
 Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
 Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

9. Görmeniz nedeniyle loş ışıkta ya da geceleri , basamak, merdiven veya kaldırımlardan aşağı inmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
 Biraz zor 2
 Orta derecede zor 3
 Çok zor 4
 Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
 Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

10. Görmeniz nedeniyle, yürürken çevrenizdeki şeyleri fark etmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
 Biraz zor 2
 Orta derecede zor 3

Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

11. Görmeniz nedeniyle, söylediğiniz sözlere insanların nasıl tepki verdiklerini görebilmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

12. Görmeniz nedeniyle, kendi giysilerinizi seçmek ve birbirine uydurmak, sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

13. Görmeniz nedeniyle, insanlarla evlerinde, arkadaş toplantılarında ya da lokantada görüşmek, sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

14. Görmeniz nedeniyle, sinema, tiyatro ya da spor karşılaşmalarını seyretmeye gitmek, sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

15. Şimdi size araba kullanmakla ilgili sorular soracağım. Şu anda, arada bir de olsa hiç araba kullanıyor musunuz?

Evet 1 Soru 15c'ye gidiniz

Hayır 2

15a. EĞER HAYIRSA SOR:

Hiç mi araba kullanmadınız yoksa araba kullanmayı mı bıraktınız?

Hiç kullanmadım 1 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz
Bıraktım 2

15b. EĞER ARABA KULLANMAYI BIRAKTIYSA:

Bıraktığınız, temelde görmenize mi,

başka nedenlere mi yoksa hem görmenize hem başka nedenlere mi bağlıydı?

Temelde görmeme bağlı 1 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz
Temelde başka
nedenlere bağlı 2 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz
Hem görme hem
başka nedenlere bağlı 3 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz

15c. EĞER ŞU ANDA ARABA KULLANIYORSA:

Alıştığınız yerlerde gündüz araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4

16. Geceleri araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden
bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

16a. Zor durumlarda, örneğin, kötü hava koşullarında, yoğun saatlerde, otoyolda ya da şehir içi trafiğinde araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden
bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

3. BÖLÜM : GÖRME SORUNLARININ SONUÇLARI

Aşağıdaki sorular, yaptığınız şeylerin görmenizden nasıl etkilenmiş olabileceği hakkındadır. Her bir durumun, sizin için, her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren, veya hiçbir zaman doğru olup olmadığını söyler misiniz ?

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren zaman	Hiçbir
17. Görmeniz nedeniyle, <u>hedeflediğinizden daha azını mı başarıyorsunuz?</u>	1	2	3	4	5

18. Görmeniz nedeniyle iş ya da başka etkinlik için harcayabileceğiniz süre <u>daha mı az?</u>	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

19. <u>Gözlerinizde veya çevresindeki ağrı ya da rahatsızlık hissi, örneğin, yanma, kaşınma, veya ağrı, sizi yapmak istediğinizden, ne kadar alıkoymuyor?</u>	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Aşağıdaki her bir ifade sizin için, kesinlikle doğru, çoğunlukla doğru, çoğunlukla yanlış veya kesinlikle yanlış mı yoksa kararsız mısınız, söyler misiniz?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Kararsızım yanlış	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
20. Görmem nedeniyle, <u>çoğu zaman evden dışarı çıkamıyorum</u>	1	2	3	4	5
21. Görmem nedeniyle, <u>çoğu zaman kendimi sınırlı hissediyorum</u> ...	1	2	3	4	5
22. Görmem nedeniyle, <u>yaptığım işlere daha az hakim olabiliyorum</u> ...	1	2	3	4	5
23. Görmem nedeniyle, <u>başka insanların söylediklerine daha fazla bel bağlamak zorundayım</u>	1	2	3	4	5
24. Görmem nedeniyle, <u>başkalarının yardımına çok fazla ihtiyaç duyuyorum</u>	1	2	3	4	5
25. Görmem nedeniyle, <u>kendimi ya da başkalarını utandıracak şeyler yapmaktan endişe duyuyorum</u>	1	2	3	4	5

EK 3: Seçmeli İlave 13 Soru Eki

ALT-ÖLÇEK: GENEL SAĞLIK

A1. “Sıfır”ın ölüm kadar kötü ve 10’nun mümkün olan en iyi sağlık durumu olduğu bir ölçekte genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En Kötü En İyi

ALT-ÖLÇEK: GENEL GÖRME

A2. “Sıfır”ın, körlük ya da körlük kadar, olabilecek en kötü görme ve 10’nun mümkün olan en iyi görme anlamına geldiği bir ölçekte, görmenizi nasıl değerlendirirsiniz (eğer kullanıyorsanız, gözlük ya da kontak lenslerinizle)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En Kötü En İyi

ALT-ÖLÇEK: YAKIN GÖRME

A3. Gözlüklerinizle telefon rehberini, ilaç şisesi üzerindeki ya da resmi evraklardaki küçük yazıları okumak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

A4. Görmeniz nedeniyle, aldığınız fiş veya faturaların doğruluğunu anlamak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

A5. Görmeniz nedeniyle, traş olma, saçınıza şekil verme, veya makyaj yapma gibi işleri yapmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2

Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

ALT ÖLÇEK: UZAK GÖRME

A6. Görmeniz nedeniyle tanıdığınız kişileri bir odanın karşı tarafındayken seçmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

A7. Görmeniz nedeniyle, yapmaktan hoşlandığınız aktif sporları, veya diğer açık hava etkinliklerini yapmak (hafif koşu, yürüyüş, futbol oynamak, bisiklete binmek gibi) sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

A8. Görmeniz nedeniyle, televizyon programlarını keyif alarak seyretmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

ALT-ÖLÇEK: SOSYAL FONKSİYON

A9. Görmeniz nedeniyle, evinizde ailenizi ve arkadaşlarınızı ağırlamak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

ALT-ÖLÇEK: ARABA KULLANMA

A10. [Bu madde, “zor durumlarda araba kullanma”, madde 16a olarak, 25 soruluk temel serinin bir parçası olarak dahil edilmiştir.]

ALT-ÖLÇEK: ROL KISITLANMASI

A11. Aşağıdaki sorular, görmenize bağlı olarak yapabileceğiniz şeylerle ilgilidir. Her bir durum sizin için çoğunlukla, bazen, nadiren veya hiçbir zaman mı geçerli?

Her zaman Çoğunlukla Bazen Nadiren Hiçbir zaman

a. Görmeniz nedeniyle, başkalarından daha fazla mı yardım alıyorsunuz?.....

1 2 3 4 5

b. Görmeniz nedeniyle, yapabileceğiniz işlerin çeşitleri azalıyor mu?...

1 2 3 4 5

ALT ÖLÇEKLER: ESENLIK/SIKINTI (#A12) ve BAĞIMLILIK (#A13)

Bundan sonraki sorular görme durumunuzla nasıl başa çıktığınızla ilgilidir. Aşağıdaki her bir ifade sizin için, kesinlikle doğru, çoğunlukla doğru, çoğunlukla yanlış ya da kesinlikle yanlış mı yoksa kararsız mısınız, söyler misiniz?

Kesinlikle doğru Çoğunlukla doğru Kararsızım yanlış Çoğunlukla yanlış Kesinlikle yanlış

A12. Görmem nedeniyle, sıklıkla aşırı huzursuzum

1 2 3 4 5

A13. Görmem nedeniyle, evimden dışarı yalnız başıma çıkamıyorum

1 2 3 4 5

Bu görüşmemizin sonuydu, zamanınız ve yardımlarınız için teşekkür ederim...

EK 4: Tez SPSS Kodlama Yönergesi
Hasta Bilgi Formu

Kolon no	Kolon adı	Veri girişi
1	dosyano	Numarayı gir
2	tani	Taniyi gir 1: kuru tip 2: yaş tip
3	GKR	Sağ göz görme keskinliğini string ../.. gir
4	GKL	Sol göz görme keskinliğini string ../.. gir
5	GKB	Binoküler görme keskinliğini string ../.. gir
6	gormegrubu	1:Tam Kör 2: Tama Yakın Kör 3: İleri Derecede Görsel Yetersizlik 4: Ciddi Dereceli Az Görme 5,1: Normal Görme 5,2: Normale Yakın Görme 5,3:Orta Dereceli Az Görme
7	yas	yaşı
8	cinsiyet	Cinsiyeti Kadın 1, Erkek 2
9	egtdurumu	Eğitim durumu, (En son bitirdiği okul) 1: okur-yazar değil 2: okul bitirmemiş-okur yazar 3: ilköğretim bitirmiş 4: lise bitirmiş 5: üniversite ve üstü bitirmiş
10	medenihali	Medeni durumu 1:evil 2:bekar 3:dul-boşanmış-ayrı yaşıyor
11	cocuksayi	Çocuk sayısını gir (Yoksa 0, varsa kaç tane, rakamını gir)
12	kimleyasar	Evde kiminle yaşadığını gir 1: yalnız 2: eşimle 3: eşim ve çocuklarımla 4: annem\babam\kardeşimle 5: öbür
13	meslek	Hastanın meslek kodu gir. 1: emekli 2: memur 3: işçi 4: serbest çalışan 5: evhanımı 6:esnaf 7: tarım işçisi 8: öbür
14	çalışma	halen çalışıp çalışmadığını gir 0:hayır 1:evet
15	maddiduru	Maddi durumunu gir 1: düşük 2: orta 3: iyi
16	sosyalgüv	Sosyal güvence varlığını gir 0: hayır yok 1.1: evet SSK 1.2: evet Emekli Sandığı 1.3: evet Bağ-Kur 1.4: evet Yeşil Kart 1.5: evet özel sigorta 1.6: evet başka
17	aileoykusu	Aile öyküsünde bu hastalık (SMD) varlığını gir 0: hayır 1: anne/baba/kardes / çocuğu 2: amca/dayı/hala/teyze 3: öbür
18	kacyilhast	kaç yıl önce tanı almış olduğunu yaz
19	hastaalgi	Hastalığını algılayışını gir 1: geçici 2: devam edecek 3: ara ara gelen 4: öbür/ hastanın söylediği
20	hastaneyat	Bu hastalığı sırasında hastaneye yatıp yatmadığını gir 0:hayır 1:evet
21	ilackullanı	Sürekli ilaç kullanması gereken bir hastalığın varlığını gir 0: hayır yok 1: Hipertansiyon 2: Diyabet 3: Astım 4: Kanser 5: osteoporoz 6: kalp yetm. 7: prostat hip. 8: öbür
22	kacilackul	Bir günde kaç ilaç kullandığını rakamla gir

25 Sorulu Görme İşlevi Anketi

Kolon no	Kolon adı	Veri girişi
23	S1	Soru 1 1: mükemmel 2: çok iyi 3: iyi 4: orta 5: kötü
24	S2	Soru 2 1: mükemmel 2: çok iyi 3: iyi 4: orta 5: kötü
25	S3	Soru 3 1: mükemmel 2: çok iyi 3: iyi 4: orta 5: kötü
26	S4	Soru 4 1: hiç 2: hafif 3: orta 4: şiddetli 5: çok şiddetli
27	S5	Soru 5 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
28	S6	Soru 6 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
29	S7	Soru 7 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
30	S8	Soru 8 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
31	S9	Soru 9 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
32	S10	Soru 10 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
33	S11	Soru 11 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden

		bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
34	S12	Soru 12 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
35	S13	Soru 13 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
36	S14	Soru 14 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
37	S15	Soru 15 1: evet 2: hayır
38	S15a	Soru 15a 1: hiç kullanmadım 2: bıraktım
39	S15b	Soru 15b 1: temelde görmeme bağlı 2: temelde başka nedene bağlı 3: hem görme hem başka nedenlere bağlı
40	S16	Soru 16 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
41	S16a	Soru 16a 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
42	S17	Soru 17 1: her zaman 2: çoğu zaman 3: bazen 4: nadiren 5: hiçbir zaman
43	S18	Soru 18 1: her zaman 2: çoğu zaman 3: bazen 4: nadiren 5: hiçbir zaman
44	S19	Soru 19 1: her zaman 2: çoğu zaman 3: bazen 4: nadiren 5: hiçbir zaman
45	S20	Soru 20 1: kesinlikle doğru 2: çoğunlukla doğru 3: kararsızım 4: çoğunlukla yanlış 5: kesinlikle yanlış
46	S21	Soru 21 1: kesinlikle doğru 2: çoğunlukla doğru 3: kararsızım 4: çoğunlukla yanlış 5: kesinlikle yanlış

47	S22	Soru 22 1: kesinlikle doğru 2: çoğunlukla doğru 3: kararsızım 4: çoğunlukla yanlış 5: kesinlikle yanlış
48	S23	Soru 23 1: kesinlikle doğru 2: çoğunlukla doğru 3: kararsızım 4: çoğunlukla yanlış 5: kesinlikle yanlış
49	S24	Soru 24 1: kesinlikle doğru 2: çoğunlukla doğru 3: kararsızım 4: çoğunlukla yanlış 5: kesinlikle yanlış
50	S25	Soru 25 1: kesinlikle doğru 2: çoğunlukla doğru 3: kararsızım 4: çoğunlukla yanlış 5: kesinlikle yanlış

Seçmeli Ek Sorular (13 adet)

Kolon no	Kolon adı	Veri girişi
51	A1	Soru 1 0: en kötü, 1... 2... 3... 4... 5... 6...7... 8... 9... 10: en iyi
52	A2	Soru 2 0: en kötü, 1... 2... 3... 4... 5... 6...7... 8... 9... 10: en iyi
53	A3	Soru 3 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
54	A4	Soru 4 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
55	A5	Soru 5 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
56	A6	Soru 6 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
57	A7	Soru 7 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
58	A8	Soru 8 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım

		6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
59	A9	Soru 9 1: hiç zor değil 2: biraz zor 3: orta derecede zor 4: çok zor 5: görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 6: bunu yapmayı görmem dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum
60	A10	Soru 10 (Bu madde, "zor durumlarda araba kullanma", madde 16a olarak, 25 soruluk temel serinin bir parçası olarak dahil edilmiştir)
61	A11a	Soru 11a 1: her zaman 2: çoğu zaman 3: bazen 4: nadiren 5: hiçbirci zaman
62	A11b	Soru 11b 1: her zaman 2: çoğu zaman 3: bazen 4: nadiren 5: hiçbirci zaman
63	A12	Soru 12 1: kesinlikle doğru 2: çoğunlukla doğru 3: kararsızım 4: çoğunlukla yanlış 5: kesinlikle yanlış
64	A13	Soru 13 1: kesinlikle doğru 2: çoğunlukla doğru 3: kararsızım 4: çoğunlukla yanlış 5: kesinlikle yanlış

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı : Semiha
Soyadı : ÖNER İĞİCİ
Dogum yeri ve tarihi : Ceyhan / 1980
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Medeni durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : 0 505 5818111
onersemiha@yahoo.com, semihaonerigici@yahoo.com

Eğitimi

2008-2006: Anadolu Üniv. AÖF, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü
2000-2004: Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
1999-2000: Hacettepe Üniv. İngilizce Hazırlık Sınıfı
1994-1998: Ceyhan Sağlık Meslek Lisesi, Hemşirelik
1991-1994: Ceyhan Pamukeli Ortaokulu
1987-1991: Ceyhan Atatürk İlkokulu

Yabancı dili : İngilizce

Ünvanları

1998- : Hemşire

Mesleksel Deneyimi

2008- : Ulucanlar Göz Eğt. ve Araşt. Hastanesi, Başhemşire Yrd.
2001-2008: Ulucanlar Göz Eğt. ve Araşt. Hastanesi, Hemşire

Bilimsel İlgil Alanları

Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi

3. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Edirne, Sözel Bildiri

2. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İzmir, Poster Bildirisi

Üyelikleri:

Türk Hemşireler Derneği

Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği (HEMAR-GE)

Altı Nokta Körler Derneği

Hacettepe Üniversitesi, Atatürkçü Düşünce Topluluğu

Halk Sağlığı İletişim Grubu, Halk_Sagligi@egroups.com

Aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

Tıbbi Atıkların İmhası, Ankara Valiliği

Hemşirelikte Yönetim, Eğitici Eğitimi Kursu, Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü

Hemşirelikte Yönetim Kursu, Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü

3. Sigara veya Sağlık Ulusal Kongresi

SB İl Sağlık Müdürlüğü "Sağlık Sisteminde Kalite Yönetimi" Paneli

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar

Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Konferansı Organizasyonu, 2003

Hacettepe Üniversitesi, Öğrenci Temsilciler Konseyi Organizasyonlarının tamamı (2000-2004 yılları arası, Hemşirelik YO Temsilcisi)