



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KATARAKT TANISI ALAN BİREYLERDE DÜŞME SIKLIĞI
VE YAŞAM KALİTESİ**

Çiğdem ÖZDEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Emel YILMAZ

MANİSA- 2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KATARAKT TANISI ALAN BİREYLERDE DÜŞME SIKLIĞI
VE YAŞAM KALİTESİ**

Çiğdem ÖZDEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Doç. Dr. Emel YILMAZ

(Tez Danışmanı)

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

(Jüri Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Esmâ ÖZŞAKER

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2019

KATARAKT TANISI ALAN BİREYLERDE DÜŞME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ

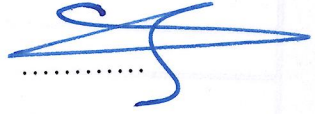
Öğrenci: Adı ve Soyadı: Çiğdem ÖZDEMİR

Danışman: Doç. Dr. Emel YILMAZ

Bu tez çalışması 20.08.2019 tarihinde jürimiz tarafından Hemşirelik AD, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Emel YILMAZ

MCBÜ SBF Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD



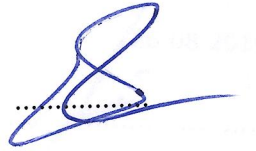
Üye: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

MCBÜ SBF Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Esmâ ÖZŞAKER

Ege Üni. Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD

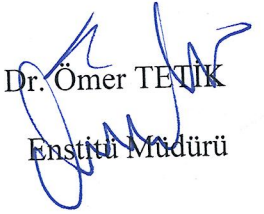


Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

20 / 08 / 2019

Prof. Dr. Ömer TETİK

Enstitü Müdürü



I. BEYAN

Bu tez çalışması kendi çalışmam olup, tezin planlanıp, verilerinin toplanması ve yazımına kadar bütün aşamalarında etik dışı davranışta bulunmadığımı, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, son olarak bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Çiğdem ÖZDEMİR

II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca tecrübelerini benimle paylaşan hiçbir şekilde desteklerini esirgemeyen, her zaman en iyisini öğreten ve hep yanımda olan kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Emel YILMAZ'a,

Verilerin toplanma sürecinde beni kırmayan ve çalışmaya gönüllü katılan hastalara,

Verilerin değerlendirilmesi aşamasında bana destek olan ve yol gösteren Doç. Dr. Hakan BAYDUR'a

Yüksek lisansa başladığım ilk günden son ana kadar desteklerini hiç esirgemeyen, sabırla yanımda olan değerli eşim Serhat ÖZDEMİR'e

Ve tabiki canım çocuklarım Kayra Ege ve Çağan Efe; bu süreçte sabırla isyan etmeden ders çalışmama izin verdiğiniz için, sizin en güzel ve en özel zamanlarınızda yanımda olamamama tepki göstermediğiniz için o küçücük yüreklerinizde bana ayırdığınız sevginiz için

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çiğdem ÖZDEMİR

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

NEI VFQ-25	Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği
SF-12	Short Form -12
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
EGYA	Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi
IPAQ	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
FES-I	Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği
DSÖ	Dünya sağlık örgütü (World Health Organization-WHO)
İKKE	İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
EKKE	Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
SYK	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

IV. İÇİNDEKİLER

I. BEYAN	i
II. TEŞEKKÜR	ii
III. KISALTMALAR VE SİMGELER	iii
IV. İÇİNDEKİLER	iv
V. TABLO DİZİNİ	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
3. 2. ARAŞTIRMANIN AMACI	7
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. GÖZ ANATOMİSİ	8
4. 1. 1. Göz Küreleri.....	8
4. 1. 2. Gözün Tabakaları	9
4. 1. 2. 1. Fibröz tabaka.....	9
4. 1. 2. 2. Vasküler tabaka.....	10
4. 1. 2. 3. Retina.....	10
4. 1. 3. Gözün Boşlukları	11
4. 1. 4. Gözün Yardımcı Organları	12
4. 1. 5. Kırılma (Refraksiyon)	13
4. 1. 6. Uyum (Akomodasyon)	13
4. 2. LENS	14
4. 2. 1. Lensin Görevleri.....	15
4. 2. 2. Lensin Fizyolojisi	16
4. 3. KATARAKT	18
4. 3. 1. Kataraktın Dünyada ve Türkiye'deki Yeri.....	19
4. 3. 3. Katarakt Çeşitleri	20
4. 3. 3. 1. Konjenital katarakt	20
4. 3. 3. 2. Edinsel katarakt	21
4. 3. 4. Katarakt Gelişim Aşamaları.....	22
4. 3. 5. Katarakt Semptomları.....	23

4. 3. 6. Kataraktın Risk Faktörleri	23
4. 3. 7. Katarakt Tedavisi	23
4. 3. 7. 1. Katarakt cerrahisi	23
4. 3. 8. Katarakt Cerrahisinde Anestezi	25
4. 3. 9. Katarakt Cerrahisi Komplikasyonları.....	25
4.3. 10. Katarakt Ameliyatı Sürecinde Hemşirelik Bakımı	25
5. DÜŞME	27
5. 1. Düşmeye Neden Olan Risk Faktörleri	27
5. 2. Cerrahi Sürecteki Düşme Nedenleri.....	28
5. 3. Düşmelerin Önlenmesi	29
6. YAŞAM KALİTESİ.....	30
6.1. Yaşam Kalitesinin Boyutları	30
6. 2. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi	31
5. GEREÇ VE YÖNTEM	32
5. 1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	32
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ.....	32
5. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	32
5. 4. ARAŞTIRMA SORULARI.....	33
5. 5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	33
5. 6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	34
5. 6. 1. Kişisel Bilgi Formu	34
5. 6. 2. NEI VFQ-25/TR Ölçeği	34
5. 6. 3. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği.....	34
5. 6. 3. 1. KATZ'ın GYA Ölçeği.....	35
5. 6. 3. 2. Lawton ve Brody'nin (EGYA) Ölçeği	35
5. 6. 4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)	35
5. 6. 5. Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği (FES-I).....	36
5. 6. 6. İtali Düşme Riski Ölçeği	36
5. 6. 7. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12).....	36
5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	37
5. 8. VERİLERİN ANALİZİ.....	37
5. 9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	37
5. 10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	37
5. 11. SÜRE VE OLANAKLAR.....	38

6. BULGULAR.....	39
6. 1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR.....	39
6. 2. HASTALARIN NEI-VFQ-25 İLE SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK HİKAYESİNE İLİŞKİN DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	48
7. TARTIŞMA.....	98
7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların İncelenmesi	98
7.2. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ile Sosyo-Demografik ve Hastalık Hikâyesine ilişkin Değişkenlerin İncelenmesi.....	106
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	115
9.KAYNAKLAR.....	116
10.EKLER.....	133
EK-1. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEZ KONUSU KABUL KARAR FORMU	133
EK-2. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU KARAR FORMU	134
EK-3.T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİN FORMU	135
EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	136
EK-5. NEI VFQ-25/TR YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	139
EK-6. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ ÖLÇEKLERİ	142
EK-7. ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM).....	144
EK-8. ULUSLARARASI DÜŞME ETKİNLİK ÖLÇEĞİ (FES-I).....	145
EK-9. İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ	146
EK-10. SF-12 ÖLÇEĞİ.....	147
EK 11. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	149
11.ÖZGEÇMİŞ	152
12. YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU.....	153

V. TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=215).....	39
Tablo 2. Hastaların Hastalık Hikayesine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=215) ..	40
Tablo 3. Hastaların Katarakta İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=215)	41
Tablo 4. Hastaların Yaşam Alanlarına Göre Dağılımı (n=215)	42
Tablo 5. Hastaların Düşme Durumlarına Göre Dağılımı (n=215).....	43
Tablo 6. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ve SF-12 Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (n=215)	45
Tablo 7. Hastaların Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Düşme Riski Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (n=215).....	47
Tablo 8. Hastaların Yaş ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	48
Tablo 9. Hastaların Cinsiyet ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	49
Tablo 10. Hastaların Eğitim Düzeyi ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	50
Tablo 11. Hastaların Gelir Düzeyi ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	51
Tablo 12. Hastaların Meslek Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	52
Tablo 13. Hastaların Yaşanılan Yer ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	54
Tablo 14. Hastaların Fiziksel Aktivite ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	55
Tablo 15. Hastaların Daha Önce Hastalık Geçirme Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	56
Tablo 16. Hastaların Kalp Hastalığı Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	57
Tablo 17. Hastaların Hipertansiyon Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	58

Tablo 18. Hastaların Yüksek Kolesterol Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	59
Tablo 19. Hastaların Böbrek Hastalığı Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	60
Tablo 20. Hastaların Daha Önce Düşme Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	61
Tablo 21. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ile KATZ GYA Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	62
Tablo 22. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ile Lawton EGYA Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	64
Tablo 23. Hastaların Fiziksel Aktivite Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	65
Tablo 24. Hastaların FES-I Ölçeği ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	66
Tablo 25. Hastaların İTAKİ Düşme Riski Ölçeği ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	67
Tablo 26. Hastaların Cinsiyeti ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	68
Tablo 27. Hastaların Eğitim Düzeyi ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	69
Tablo 28. Hastaların Gelir Düzeyi ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	70
Tablo 29. Hastaların Meslekleri ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	71
Tablo 30. Hastaların Fiziksel Aktivite Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	73
Tablo 31. Hastaların Daha Önce Hastalık Geçirme Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	74
Tablo 32. Hastaların Kalp Hastalığı Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	75
Tablo 33. Hastaların Hipertansiyon Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	76
Tablo 34. Hastaların Yüksek Kolesterol Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	77

Tablo 35. Hastaların Böbrek Hastalığı Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	78
Tablo 36. Hastaların Diyabet Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	79
Tablo 37. Hastaların Daha Önce Düşme Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	80
Tablo 38. Hastaların KATZ GYA Ölçeği ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	81
Tablo 39. Hastaların LAWTON EGYA Ölçeği ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	82
Tablo 40. Hastaların IPAQ ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	84
Tablo 41. Hastaların FES-I Düşme Riski Ölçeği ile SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215).....	85
Tablo 42. Hastaların İTAKİ Düşme Riski Ölçeği ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)	86
Tablo 43. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ile Fiziksel Aktivite, Günlük Yaşam Aktivitesi ve Düşme Riski Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	87
Tablo 44. Hastaların SF-12 Ölçeği ile Fiziksel Aktivite, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Düşme Riski Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	90
Tablo 45. Hastaların Daha Önce Düşme Durumu ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=215)	92
Tablo 46. Hastaların Daha Önce Düşme Durumları ile Katarakta İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	93
Tablo 47. Hastaların Daha Önce Düşme Durumları ile Yaşam Alanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	95
Tablo 48. Hastaların Daha Önce Düşme Durumları ile Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Düşme Riski Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	97

VI. ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Göz Anatomisi	8
Şekil 2. Gözün Boşlukları	12
Şekil 3. Gözün Yardımcı Kısımları	13
Şekil 4. Göz Lensi.....	15
Şekil 5. Görme Fizyolojisi	17



Katarakt Tanısı Alan Bireylerde Düşme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi

Öğrencinin adı: Çiğdem ÖZDEMİR

Danışman: Doç. Dr. Emel YILMAZ

Anabilim Dalı: Hemşirelik AD, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

1. ÖZET

Amaç: Araştırma; katarakt tanısı alan bireylerin düşme sıklığı ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlandı ve uygulandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma analitik kesitsel tiptedir. Araştırmaya Türkiye'nin batısındaki bir üniversite hastanesinin göz kliniğine katarakt tanısı ile ameliyat ya da kontrol amacı ile başvuran 215 hasta alındı. Veriler kişisel bilgi formu, Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25), Günlük Yaşam Aktivitesi (GYA) Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ), Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği (FES-I), İtaki Düşme Riski Ölçeği ve SF-12 ölçeği ile toplandı. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U, ki kare ve Spearman korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların NEI-VFQ 25 ölçeği alt boyutlarından yüksek, SF-12 fiziksel ($41,48 \pm 6,37$) ve mental ($44,95 \pm 6,50$) özet skorlarından düşük puan aldığı saptandı. Araştırma grubunun %27,4'ünün daha önce düştüğü, %64,4'ünün bir yıl ve altı sürede düştüğü ve düşme ortalamasının $1,81 \pm 1,40$ olduğu görüldü. Hastaların Katz (%95,3) ve Lawton (%82,8) GYA ölçeklerine göre bağımsız olduğu, %65,5'inin düşük düzeyde fiziksel aktivite yaptığı ve FES-I'e göre düşme riskinin %34,9 olduğu belirlendi. Grubun %80'inin İtaki'ye göre düşme riski yüksektir. NEI-VFQ 25 ölçeği ile Katz ve Lawton GYA ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$). NEI-VFQ 25 ve SF-12 ile FES ve İtaki ölçek puanları arasında negatif yönde korelasyon belirlendi ($p < 0,05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda kataraktın hastaların görmeye ilişkin yaşam kalitesini etkilemediği ancak genel yaşam kalitesini düşürdüğü saptandı. Hastaların düşme oranının düşük olduğu belirlendi. Düşük fiziksel aktivite yapan, yarı bağımlı ve düşme riski yüksek hastalarda düşme öyküsünün fazla olduğu görüldü. Yaşam

kalitesini arttırmaya ve düşme riskini azaltmaya yönelik önlemlerin alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Katarakt, yaşam kalitesi, düşme sıklığı

Frequency of Falls and Quality of Life in Individuals with Cataract Diagnosis

Student: Çiğdem ÖZDEMİR

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Emel YILMAZ

Department: Nursing, Surgical Nursing Master's Program

2. ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the frequency of falls and quality of life of individuals diagnosed with cataract.

Materials and Methods: The study is in analytical cross-sectional type. 215 patients were enrolled with this research in a university hospital in the western part of Turkey presented with surgery or controlling of cataract surgery. Data was collected by using personal information form, National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ 25), Activities of Daily Living (ADL) Scale, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Falls Efficacy Scale International (FES-I), Itaki Fall Risk Scale and SF-12 scale. Descriptive statistics, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U, chi-square and Spearman correlation analysis were used for data analysis.

Findings: It was found that the NEI-VFQ 25 scale scores were higher than the sub-dimensions and SF-12 physical (41,48±6,37) and mental (44,95±6,50) summary scores were lower in the participants. It was seen that 27.4% of the research group had fallen before, 64,4% had fallen in one year and six years and the average fall was 1,81 ± 1,40. According to the Katz (95,3%) and Lawton (82,8%) ADL scales, it was determined that 65.5% of the patients had low levels of physical activity and the risk of falling according to FES-I was 34.9%. 80% of the group has a high risk of falling compared to Itaki. There was a statistically significant difference between NEI-VFQ 25 scale and Katz and Lawton ADI scores ($p < 0,05$). The scores of independent patients are higher. There was a negative correlation between NEI-VFQ 25 and SF-12 and FES-I and Itaki scores ($p < 0,05$).

Conclusion: As a result of the study, it was found that cataract did not affect visual quality of life of patients but decreased overall quality of life. The fall rate of the patients was found to be low. Patients with low physical activity, semi-dependent

and high risk of falls were found to have a high history of falls. It is recommended to take measures to improve the quality of life and reduce the risk of falling.

Key words: Cataract, quality of life, frequency of falls



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık uzun yıllardır hastalıklara yakalanmama ya da hasta olmama durumu olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda sağlık; bireylerin sosyal, bedensel psikolojik boyutlarının entegrasyonunu da kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık "bireyin sakatlık ya da hastalığa sahip olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tamamen iyilik hali içinde olma durumu" şeklinde tanımlanmaktadır (Birol 2004; Öz 2010; Ergün ve ark. 2011; Aksoy ve ark. 2012; Ay 2012).

Hastalık hücre ve dokulardaki fonksiyonel anormal değişimlerin olduğu durumdur. Bireylerin bütünlüğünü bozan fiziksel, sosyal, ruhsal, kültürel ve ailevi boyutlarını da olumsuz yönde etkileyen yaşamsal bir tecrübedir. Hastalık durumunda tüm bu fonksiyonlar daha öncesine göre bozulmuştur (Aksoy ve ark. 2012; Ay 2012).

Hastalıkların tedavisinde tıbbi ve cerrahi yöntemlerden yararlanılmaktadır. Tıbbi olarak tedavi edilemeyen çoğu hastalıkta cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Cerrahi bedende meydana gelen herhangi bir patolojik durumu hafifletmek, durdurmak veya yok etmek amacıyla planlı olarak yapılan anatomik değişimlerdir. Cerrahi girişimler bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz olarak birçok yönde etkilemektedir. Bu süreçte bireylerin düşme sıklığı artmakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012; Aksoy ve ark. 2012).

Son zamanlarda en fazla yapılan girişimlerden biri de katarakt cerrahisidir. Katarakt, ağrısız olarak ilerleyen, görme kaybı ile karakterize, şeffaf olan lensin bulutlanması veya opaklaşması olarak tanımlanmaktadır (Erdil ve Elbaş 2012). Katarakt ameliyatları gününbirlik cerrahi olarak yapılmaktadır. Ameliyatlar genel anestezi komplikasyonlarını azaltmak, hastaları erken rehabilite etmek amacı ile lokal anestezi altında uygulanmaktadır (Black ve ark. 2001; Kaymakçı 2014). Katarakt ameliyatının genel anestezi ile yapıldığı durumlarda lokal anesteziye oranla daha sık ve ciddi komplikasyonların oluşma riski fazladır (Aksu ve ark. 2008; Malik ve ark. 2010). Lokal anestezi eşliğinde yapılan ameliyatlarda hastanın uyumu çok önemlidir. Ameliyatı yapacak cerrahın rahat çalışması ve komplikasyonları en aza indirebilmek için bireyin hareketsiz kalması gereklidir. Bu durum işlem başarısını ve

hasta konforunu arttırmaktadır. Hasta uyumunu arttırmada hastanın bilgilendirilmesi ve rahatlatılması önemlidir (Özkan ve ark. 2007; Malik ve ark. 2010; Erdil ve Elbaş 2012).

Katarakt tanısı alan hastalar görme fonksiyonlarının azalması ya da kaybetme olasılığına bağlı olarak endişeli ve tedirgindir (Erdil ve Elbaş 2012). Görme fonksiyonunda meydana gelen azalma okuma-yazma işlemi, ev işlerini yerine getirme, mali durumlar, alışveriş yapma, telefon kullanabilme, arabayı kullanma, ilaç kullanım durumu, banyo yapabilme gibi yaşam aktiviteleri ile sosyal iletişim kurma ve bireylerin yüzlerini tanıyabilme gibi durumları olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Lamoureux ve ark. 2004; Fylan ve ark. 2005). Kataraktlı bireylerin öz bakım gereksinimlerini ve günlük yaşamdaki aktivitelerini kendi başlarına yerine getirmekte zorlanmaları düşme riskini de beraberinde getirmektedir. Oluşabilecek düşme istenmeyen bir durum olmasının yanında ciddi hayati tehlikelere de yol açmaktadır (Tinetti 2003; Kutsal ve ark. 2010). Yaşlı kadınlarda yapılan bir çalışmada görme kaybına bağlı olarak düşme riskinin arttığı bildirilmiştir (Coleman ve ark. 2004). Diğer çalışmalarda da görme bozukluğu düşmeye neden olarak gösterilmiştir (Klein ve ark. 1998; Ivers ve ark. 1998, Menezes ve ark. 2016; Palagyi ve ark. 2016). Aynı zamanda görme yetersizliğinin yaşam kalitesini de düşürdüğü belirtilmiştir (Zhu ve ark. 2015). Görme fonksiyonundaki azalmaya bağlı olarak düşme ve kaza maruziyetini arttırarak, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz olarak etkilemektedir (Vatansever ve ark. 2015; Zhu ve ark. 2015).

Son yıllarda hasta düşmeleri tüm sağlık bakım merkezlerinde hasta güvenliğinin önemli bir ögesi olarak ele alınmaktadır. Hastanelerde en fazla oluşan ikincil yaralanma nedeni olarak belirtilmektedir (Berke ve Aslan 2010). Düşmeler bireylerde çeşitli fonksiyon kaybı ve yaralanmalara neden olarak hastanede kalış süresini uzatmakta, tedavi maliyetlerini arttırmakta, yaşam kalitesini azaltmakta, hasta yakınları ve sağlık personelinin de endişe duyup anksiyete yaşamasına yol açmaktadır (Özden ve ark. 2012). Ayrıca hasta düşmeleri hemşirelik bakım kalitesi göstergesi olarak da görülmektedir (Evans ve ark. 2001). Hasta düşmelerinin önlenmesi için risk tanılması, etkili koruyucu önlemlerin alınması ve hemşirelik girişimlerinin uygulanması gereklidir (Hitcho ve ark. 2004).

Ülkemizde katarakt tanısı alan bireylerde düşme sıklığı ve yaşam kalitesi ile ilgili yeterince çalışma bulunmamaktadır. Araştırmanın sonucunda elde edilen bulguların

kataraktlı hastalarda düşme sıklığını ve etkileyen faktörleri belirleme açısından hemşireler ve sağlık çalışanlarına farklı bir bakış açısı kazandıracığı, hastane kurum politikalarını geliştireceği, yeni çalışmalara yol göstereceği ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülerek planlandı.

3. 2. ARAŞTIRMANIN AMACI

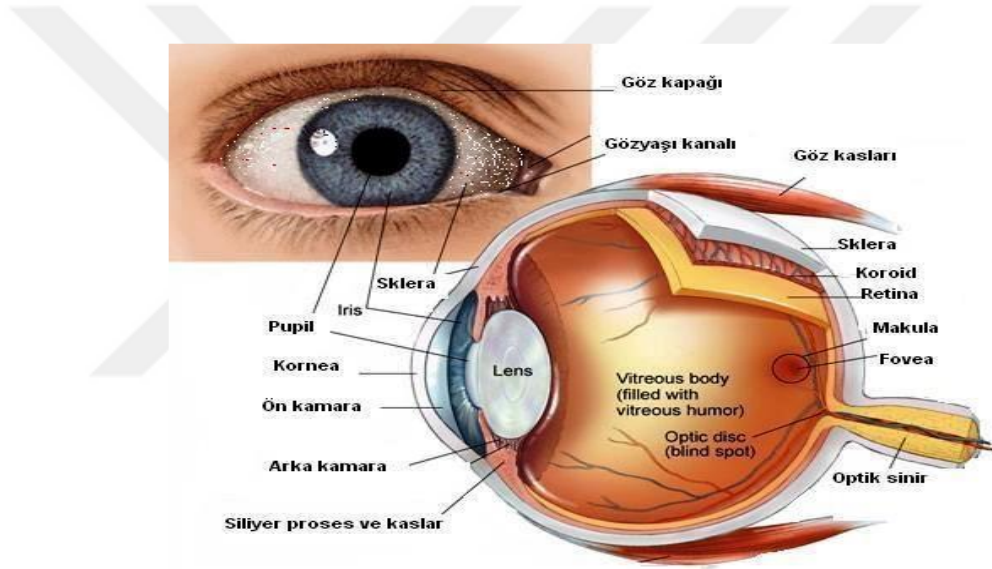
Araştırma; katarakt tanısı alan bireylerin düşme sıklığı ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla planlandı ve uygulandı.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. GÖZ ANATOMİSİ

Gözler ve göz kasları yüz kemikleri tarafından oluşturulan, orbita adı verilen göz çukurunun içine yerleşmiş durumdadır. Çukurun içi yastık gibi bir yağ tabakası ile doludur (Şekil 1) (Kaymakçı 2014).



Şekil 1. Göz Anatomisi

(<http://www.meteacikgoz.com/haberler-detay.asp?d=3> Erişim Tarihi: Temmuz 2019)

4.1.1. Göz Küreleri

Gözün küreleri (bulbus oculi) zengin bağ dokusundan beslenen, orbita boşluğunda bir yağ yastığına yerleşmiş bir çift organdır. Görevi görme fonksiyonuna yardımcı olmaktır. Dış ortamla teması sağlayan kısım gözlerin ön tarafıdır. Göz küresinin 1/5'inin görünen kısım oluşturmaktadır (Cumhur 2001; Malkoç 2006). Kürenin ön kısmında yer alan en çukurluk noktasına ön kutup (pulus anterior), kürenin

arkasında en çıkıntılı bölge arka kutup (pulus posterior) olarak adlandırılmaktadır. Gözün ön ve arka kutbunu birleştiren, kürenin merkezinden geçen çizgi geometrik eksenidir (axis bulbi oculi) (Unur ve ark. 2005).

Göz küresi üç tabakadan (dıştan içe doğru) oluşur. Dıştaki şeffaf olan tabaka “kornea”, opak kısım “sklera” ve bunların birleştiği yer “limbus” olarak adlandırılmaktadır. Uvea ortada, damarlardan zengin, iris, korpus silyare ve korioidedan oluşan (vasküler) tabaka yer alır. Retina en içteki tabakayı oluşturmaktadır (Malkoç 2006).

Göz küresini hareket ettiren iki oblig, dört düz kas vardır. Bu çizgili kaslardan düz olan dört tanesi optik kanal etrafındaki kemiğe yapışmış sirküler ortak bir tendondan başlarlar. Bu kaslar koordineli çalışırlar, tek bir cisme bakarken iki göz beraber hareket ederek uyumu sağlar. Göz küresi yaklaşık 2,5 mm çapında, içi saydam madde ve sıvılarla doludur (Aydın ve Akova 2001).

4. 1. 2. Gözün Tabakaları

4. 1. 2. 1. Fibröz tabaka

Fibröz bağ dokunun oluşturduğu kalın bir zardan meydana gelen tabaka gözün dış destekleyici tabakasını oluşturur. Gözün en dışındaki kısmı sklera ve korneadır. Sklera sert fibröz yapılı bir dokudur. Dış tabakanın 5/6’sını oluşturur. Korneanın tamamı şeffaftır ve damar içermeyen bir yapıdır. Dış tabakanın 1/6’sını oluşturur. Kornea, lens, vitreus ve aköz hümör ile beraber gözün kırıcı ortamını oluşturmaktadır. Işık göze kornea yoluyla girer. Korneanın damarları yoktur. Bu nedenle bir bireyden diğerine kornea transplantasyonu başarılı bir şekilde yapılabilmektedir. Lenf ve kan damarları korneada bulunmaz, antikor ve lenfositler, korneaya ulaşamaz ve rejeksiyon gelişmez. Kornea, sklera ve konjonktivanın birleştiği yere limbus adı verilir (Malkoç 2006; Kaymakçı 2014).

Gözün dış tabakası, optik sinirin arkada gözü terkettiği nokta dışında tüm gözü çevreler (Malkoç 2006).

4. 1. 2. 2. Vasküler tabaka

Gözün orta tabakasında çok sayıda kan damarı bulunduğundan vasküler tabaka adını alır. Skleranın altında damarlı bir yapı olan vasküler tabaka uvea olarak da adlandırılmaktadır (Bengisu 1998; Cumhuriyet 2001). En öndeki kısmı iris adını alır. Bunun gerisinde bir halka şeklinde silyer cisim bulunur. Bu gözün akomadasyonu ve ön kamara sıvısının sekresyonundan sorumludur. Koroid tabaka arka bölümde skleranın altında yer alan ve retinanın dış katlarının beslenmesinden sorumlu tabakadır. Önden arkaya doğru, iris, korpus silyare ve korioideadan oluşur (Kaymakçı 2014).

• **İris ve pupilla:** Korioideanın, ön kısımda genişlemiş uzantısı olan ince kas tabakası “iris” adını alır. İris, gözün renkli kısmıdır. İris, iki tabakalıdır. Birincisi öndeki stroma, diğeri pigment epitelidir. Pigment epiteli, melaninden zengindir. Az melanin içeren irisler mavi, çok melanin içeren irisler, koyu renkli görünürler. İrisin orta kısmındaki dairesel açıklığa pupilla adı verilir ve siyah renklidir (Erdil ve Elbaş 2012). Pupillalar retinaya ulaşarak ışığın miktarını ayarlamakla görevlidirler. Parlak ışıkta ve yakın çalışma sırasında daralır (miyozis), karanlıkta ise genişler (midriyazis). İrisin rengini buradaki pigment miktarı belirler. İristeki dairesel kaslar daralıp genişleyerek pupillayı büyütür ya da küçültür (Cumhuriyet 2001). Pupilla daralırsa göze daha az ışık girer. Yaşın ilerlemesiyle pupilla küçülür ve iristeki pigmentler azaldığından rengi açılır. Yaşlı bireylerde gözün eskiden olduğundan daha açık renkte görülmesinin nedeni budur (Kaymakçı 2014).

• **Korpus silyare:** Uveanın iris ile korioidea arasında yer alan üçgen şeklindeki kısmıdır. Korpus silyarenin en önemli oluşumu “silyar kas”tır. Silyar kasın kasılmasıyla lens konveksliğinde artma olur (Erdil ve Elbaş 2012).

• **Korioidea:** Vasküler tabakanın 2/3'lük arka bölümünü oluşturur. Sklera ve retinanın arasında korioidea yer alır. Retinayı besleyen damarsal kattır. Bu damarsal katı retina pigment epitelinden ayıran destek tabaka Brunch membranıdır (Özkan ve ark. 2007).

4. 1. 2. 3. Retina

Gözün iç tabakası retinadır. Işığa duyarlı sensoryel hücreler burada yer alır. Retinanın pigment epiteli olan bu katı, korioideaya kadar uzanır, dağılmış ışıkları

absorbe ederek, geriye nöroretinaya yansımalarını önler. Nöroretinanın fonksiyonu, kendi üzerinde odaklanan ışık dalgalarıyla, sinir impulslarına çevirerek beyne iletmektedir. Esas görme ile ilgili olan bölümdür. Fovea retinanın arka bölgesinin ortasında küçük ve çökük bir alandır. Fovea en keskin görme bölgesidir (Unur ve ark. 2005; Malkoç 2006).

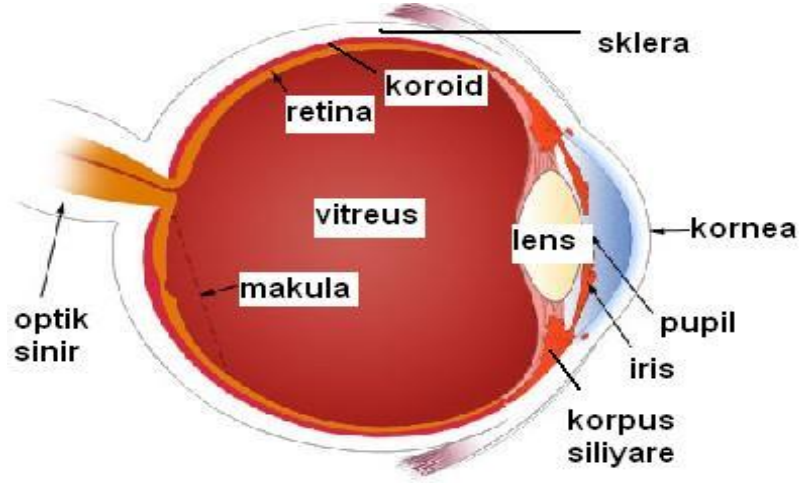
4. 1. 3. Gözün Boşlukları

Gözün ön tarafındaki göz boşlukları ve ön-arka kamara olarak adlandırılan kısmındaki boşluklar hümör aköz denilen şeffaf olan bir sıvı alan ile doludur. Bu sıvı akışı lens ve korneayı besleyerek göz içi basıncının sürekliliğini sağlar (Bengisu 1998).

- **Ön kamara:** Ön kamaranın ön tarafında kornea, arka tarafında iris yer alır, lens ve pupilla ile çevrilmiştir. Ön kamaranın içinde “humor aköz” denilen şeffaf bir sıvı bulunur. Humor aköz göz tonüsünü sağlamaktan sorumludur. Aynı zamanda kornea ve irisin beslenmesi için ihtiyacı olan aminoasitleri, glikoz ve oksijeni içerir (Özkan ve ark. 2007; Erbil ve Elbaş 2012).

- **Arka kamara:** İrisin arka yüzü önde suspensor ligamentin ön yüzü, arkada lens içte ve silyar dışta olmak üzere proseslerle çevrili boşluktur (Bengisu 1998).

- **Vitreus boşluğu:** Lensin arka yüzü suspensor ligament, korpus silyare, arkada papilla ve önde retina arasındaki büyük boşluktan oluşmaktadır (Şekil 2). Göz küresinin %80'inini meydana getirir. Boşluk sıvı ve jel kıvamda bir madde olan “vitreusu” kapsar. Vitreus da korpus silyarede yapılıdır. Su, hyaluronik asit ve mukopolisakkarid vitreusun ana yapısını oluşturur. Vitreusun fonksiyonu dıştan oluşacak basınç karşısında göz küresinin çökmesini önlemektir. Aynı zamanda lens ve retina için diğer bir besin kaynağıdır (Unur ve ark. 2005).



Şekil 2. Gözün Boşlukları

<http://www.e-dadi.com/makale-215-Gozumuzun-sinsi-hastaligi-glokom.html>

Erişim Tarihi: Temmuz 2019)

4. 1. 4. Gözün Yardımcı Organları

Kaslar ve koruyucu yapılardan oluşan kısım gözün yardımcı organlarıdır (Şekil 3). Bunlar;

- **Orbita:** Kafatasının orbital boşluğunda göz yer alır. Gözü dış travmalardan koruyan kısım orbitadır. Yağ dokusu tabakası göz küresi ve orbita arasında bulunur, yastık gibi gözü destekler ve gözün düzgün olarak dönmesini sağlar (Erdil ve Elbaş 2012).

- **Göz kapakları, kirpikler ve kaşlar:** Gözleri yabancı cisimlere karşı korurlar. Bir tehlike anında göz kapakları refleks olarak kapanır. Göz sık sık kırılarak göz küresi kaygan hale getirilir ve birikmiş parçalar temizlenir. Kaşlar, frontal kemiğin üzerinde yer alan deri çıkıntılarıdır. Üzerinde düz, kısa tüyler bulunur. Kaşlar göze aşırı güneş ışıklarının gelmesini engelleyerek, gözü terden ve travmalardan korurlar (Kaymakçı 2014).

- **Konjonktiva:** Konjonktiva, müköz, ince ve saydam bir zardan oluşmaktadır. Konjonktiva göz küresinin üst yüzeyi ile göz kapağının içini örtterek en son korneada sonlanır (Aydın ve Akova 2001).

• Gözyaşı bezinden (Glandula lakrimalis) gözyaşı salgılanmaktadır. Gözyaşı gözü temizler, nemlendirir ve kanaldan geçerek burun boşluğuna akar (Bengisu 1998; Erdil ve Elbaş 2012).



Şekil 3. Gözün Yardımcı Kısımları

(<https://www.bilgicik.com/yazi/goz/> Erişim Tarihi: Temmuz 2019)

4. 1. 5. Kırılma (Refraksiyon)

Işık dalgaları birbirlerine paralel şekilde hareket ederler. Işık dalgalarının çeşitli yoğunluklardaki ortamlardan geçerken hızları da değişmektedir. Aynı zamanda bu ortamdaki alan, gelen ışına dik olmadığına hız değişimi ile birlikte ışının yönü de değişir. Işının yönündeki bu değişim kırılma olarak adlandırılır. Göze ulaşan ışın ilk olarak kornea, aköz humorden geçer, daha sonra da lenste kırılır. Paralel gelen ışınlar retinadaki foveada odaklanırsa tam görme olur. Odaklaşma retinanın önünde ya da arkasında olursa görme bozulur (Miyopi, hipermetropi, astigmatizma) (Kaymakçı 2014).

4. 1. 6. Uyum (Akomodasyon)

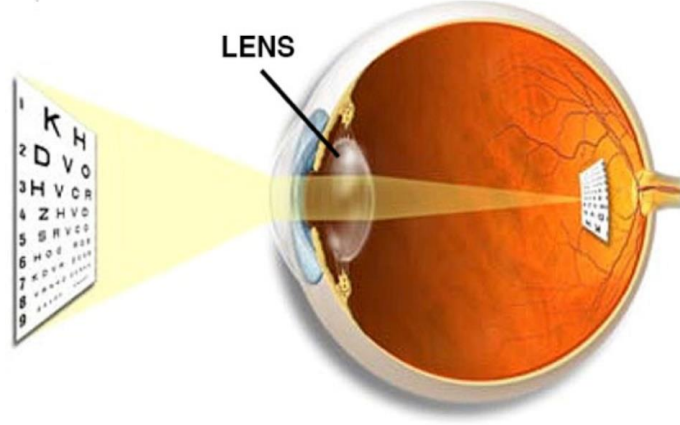
Normalde gözler beş metre ve uzağındaki nesnelerin görüntüsünün retinanın üzerine yansımalarını sağlayacak şekilde uyumlanmışlardır. Akomodasyon da beş metreden yakın nesnelerin görüntüsünün retinanın üzerine yansımalarını sağlamak amacıyla gözdeki ön bölmenin kırma kuvvetinin artırılmasıdır. Lens kalınlaşarak

yakındaki objeyi retina üzerine odaklayabilir. İnce lifler tarafından belli bir gerilimle çekilmesine bağlı olarak lensin göz içerisinde disk şeklinde yapıya dönüşmesine zonüla denir. Lensin ekvatorunu çevrelemektedir. Gözün iç kısmında yer alan siliyer cisim denilen bölgeye tutunmaktadırlar. Zonülalar siliyer kasın kasılması ile lensin üzerine yaptıkları gerilim azalır, lens kalınlaşarak, ön yüz ve arka yüzünün eğimi ve bununla beraber lensin kırma gücü artar. Uzaktaki objelere bakıldığı zaman siliyer kaslar gevşer, zonülaların lens üzerine uyguladıkları gerilim artar ve lens incelik (Aydın ve Akova 2001).

Yaşlanma ile birlikte lens kapsülünün elastikiyeti azalır ve bu nedenle akomodasyon yavaş yavaş kaybolur. Genellikle 40 yaşından sonra yakın görmede güçlük olur. Bu duruma presbiyopi denir (Kaymakçı 2014).

4. 2. LENS

Göze gelen ışığın kırılma indeksini değiştirebilen fonksiyona sahip saydam bir yapıdır. Lens, vitreusun önünde, pupilla ve irisin arkasında bulunan tamamen saydam, bikonveks ve damar yapısı olmayan, “kalınlığı 4-5 mm” ve “çapı 10 mm” olan dokudur (Şekil 4). Ön yüzünün arka yüzünden daha az konveks olmasından dolayı bikonveks şeklinin nedenidir. Bikonveks şeklinden dolayı mercimeğe benzetilir. Korneadan sonra gözün en kırıcı ikinci ortamını oluşturan yer lenstir. Retinadaki görüntüyü oluşturan uyumu sağlar. Lens, insan vücudunda doğumdan ölüme kadar gelişimin devamını sağlayan tek yapıdır (Aydın ve Akova 2001).



Şekil 4. Göz Lensi

(<https://webvision.med.utah.edu/book/part-xvi-anterior-segment/crystalline-lens-and-cataract/>, Erişim Tarihi: Temmuz 2019)

4. 2. 1. Lensin Görevleri

- 1) Şeffaf bir ortam sağlayarak ışığın retinaya iletilmesini sağlamak
- 2) Kırıcı bir ortam yaratarak ışığın retina üzerinde odaklanmasını sağlamak
- 3) Uyum ile farklı mesafedeki cisimleri retinanın üzerinde odaklanmasını sağlamak (Gözüm 2012).

Lensin bütün yüzeyi kapsülle çevrilidir. Lens yaşlılarda elastikiyetini kaybederken gençlerde elastikidir. Gençlerde tamamıyla saydamken, yaşlılarda sarımtırak rengi alır. Lens gençlerde daha yumuşak iken yaşlılarda serttir (Unur ve ark. 2005). Bu durum kırıcılığın değişimiyle ışınların retina üzerine görüntü oluşumunu sağlayan uyumu sağlar (Erdil ve Elbaş 2012).

Lens kapsül, epitel ve lens liflerinden oluşmaktadır.

• **Lens kapsülü:** Lensi dıştan saran hücresiz, şeffaf ve elastiki yapıda olan bazal membrandır. Lens kapsülü sürekli olarak sentezlenerek vücuttaki en kalın membranı oluşturur. Kapsülün en kalın olduğu yer ekvatora yakın olan bölge, arka kapsülün merkezi olan bölge ise en ince olan yerdir (Cumhur 2001).

Akomodasyon sürecindeki lensin şeklini biçimlendirmek kapsülün ana görevini oluşturmaktadır. Lens kapsülü albümin, hemoglobin gibi büyük moleküllü yapıların bariyer görevi yaparak lense girmesini engellemektedir. Lens kapsülü katlı bir yapıya

sahip olduğundan elastikidir ve kollajen lifler bulunmaktadır. Kapsül kalınlığı yaş ve bulunan bölgeye göre farklılık gösterir (Bengisu 1998). Kapsülün dış yüzeyine yapışan lifler zonüller adını alır. Uyum sırasında şeklini değiştirebilir. Zonüller, silyer cismin pigmentsiz epitel hücrelerinden köken alır ve ekvatorun itibaren önde ve arkada kapsüle yapışır. Korpus siliyareye tutunmasıyla lensin yerinde durmasını sağlar (Cumhur 2001).

- **Lens epiteli:** Ön kapsülün altında ve tek sıra halinde dizilmiş ekvatora kadar uzanan hücrelerden oluşmuştur. Ekvator bölgesinde yer alan epitel hücreler sürekli bölünerek lens liflerine dönüşürken, bu bölgenin dışında bulunanları bölünmez. Lens epiteli lens ile hümeör aköz arasında madde alışverişini sağlayarak kapsül materyalini salgılar (Özkan ve ark. 2007).

- **Lens lifleri:** Lens ekvatoruna yerleşen hücrelerden meydana gelen lens lifleri sayesinde yaşam boyu hacimsel gelişme gösterip yenilenirler. Yeni fibrillerin oluşmasıyla, eski fibrillerle yer değiştirirler ve yukarıdan aşağıya doğru eski fibriller itilir. Bununla beraber yeni fibriller yüzeye yığılır ve korteksi oluşturur, eski lifler ise merkezde yoğunlaşır ve nükleusu meydana getirir. Lens fibrillerinin yüzeyde en gençleri, merkezde en yaşlıları yer almaktadır (Özkan ve ark. 2007; Gözüm 2012).

4. 2. 2. Lensin Fizyolojisi

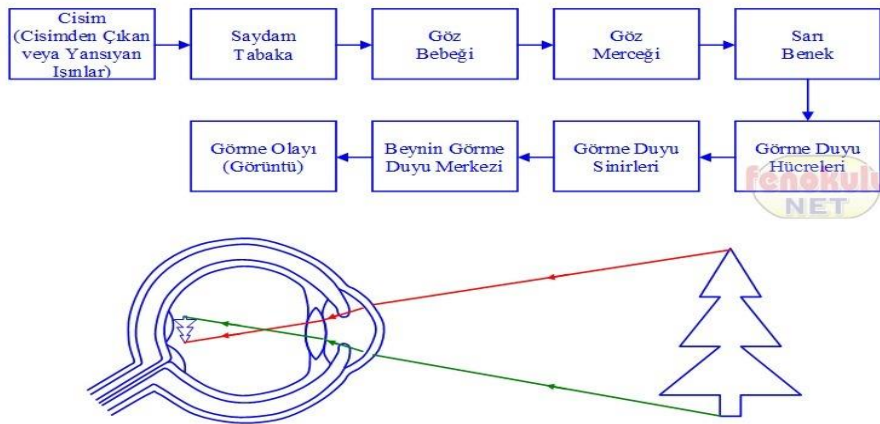
Yetişkin insan lensinin %65-66'sını su, %33'ünü protein oluşturmaktadır. Kalan %1'inde ise lipit, elektrolit, aminoasit ve karbonhidratlar yer almaktadır. Bulunan suyun %80'i kapsülde mevcuttur. Nükleusa doğru gidildikçe oran azalmaktadır. En önemli transport mekanizması Na pompasıdır. Lenste de hücre membranı Na^+ 'dan daha geçirgen olmaktadır. Lenste denge içinde bulunan elektrolitler Ca ve Mg dir. Lens ağırlığının %33-35'ini proteinler oluşturmaktadır (Aydın ve Akova 2001). Protein iki kısımda incelenir. İlki çözünebilir kristaller, ikincisi çözünemeyen proteinlerdir. Çözünebilir protein kristalinleri alfa, beta kristalin ve gamma kristalin fraksiyonlarıdır. Alfa doğumdan önce oluşan hayatımız boyunca devam eden en büyük molekül yapısına sahip olan embriyonik lens proteini olarak adlandırılır. Alfa kristalin sayısı yaşlandıkça azalırken, çözünemeyen proteinlerin sayısı artar. Gamma kristal soğuk kataraktın oluşmasında rol oynarken en düşük oranda bulunan

kristalindir. Lensin şeffaflığı protein yapının bozulduğu ya da değiştiği durumlarda kaybolur ve lenste bulanıklaşma oluşur (Aydın ve Akova 2001; Özkan ve ark. 2007).

Lensin saydamlığını devam ettirilebilmesi için elektrolit dengesinin düzenlenmesi ve normal hidrasyonunun sürdürülmesi gereklidir. Elektrolit dengesi lens hücre membran geçirgenliği ve aktif transport mekanizması aracılığıyla sürdürülür. Sıvı elektrolit dengesinin sağlanması lensin şeffaflığı için önemlidir. Lens epitelinin görevi iyon dengesini sağlamak ve maddeler ile lens arasındaki taşınmaya yardım etmektir. Na^+/K^+ pompası işlevini yerine getiremediğinde lens içerisinde Na^+ birikimi meydana gelir. Osmotik dengenin bozulmasıyla hücreler su ile şişmekte ve lens şeffaflığını kaybetmektedir. Ayrıca lenste sitotoksik etki ile Ca^{++} konsantrasyonunun artması da katarakt gelişiminde etkilidir (Gözüm 2012).

Görmenin gerçekleşmesinde lensin fonksiyonu

1. Önce ışık korneada kırılır
2. Kırıcı özellikteki ışık lense ulaşır
3. Lensin uyumuyla beraber retinada görüntü odaklanır
4. Retinada odaklanan görüntü fotokimyasal bir reaksiyonla elektrik enerjisine dönüşür, sinir impulsları aracılığıyla serebral kortekse görme iletileri taşınır
5. Mevcut optik sinirler, orbita içerisinde ilerleyip, optik kanala girmesiyle optik kiyazmaya ulaşır.
6. Beyin, gözün gönderdiği verileri birleştirerek görüntü oluşturur ve bu görüntüler bilinç seviyesine ulaşınca, renkli ve üç boyutlu bir şekilde algılanmaktadır (Şekil 5) (Bengisu 1998; Özkan ve ark. 2007).



Şekil 5. Görme Fizyolojisi

(<https://eodev.com/gorev/10226961> Erişim Tarihi: Temmuz 2019)

Şeffaflığı azalan lens sadece kırıcı özelliğini değil aynı zamanda ışığın retinaya iletilmesini ve retinayla uyum yapabilme yeteneğini de kaybeder ve bireyde görme kayıpları meydana gelir (Gözüm 2012).

Lens hastalıklarında semptomlar yakın veya uzak görmede bozulma, çoklu ya da çift görme, ışığın rahatsız etmesi, rengi algılamada değişiklikler vb. olup, bu semptomlar tek tek veya birarada bulunabilir. Bu semptomlarda sinir lifi olmadığından ağrı olmamaktadır. Lensin geçirgenliğinin azalmasına, saydamlığını yitirmesine ve ışınların saçılıp dağıtılmasına yol açan opasite katarakt denir (Özkan ve ark. 2007).

4. 3. KATARAKT

İnsanoğlu görsel bir dünyada yaşamaktadır ve en önemli duyularımızdan biri görmedir. Gözler dünyadaki güzellikleri duyumsamamıza ve bu güzelliklerden zevk almamıza ve bedenin dünyaya açılmasına yardımcı olan bir penceresidir (Bengisu 1998; Erdil ve Elbaş 2012). Çoğunlukla günlük yaşam aktivitelerini yaparken görmenin ne kadar önemli olduğunun farkında olmayız. Görme fonksiyonunun önemli derecede bozulduğu durumlarda günlük yaşam aktiviteleri etkilenmeye başlar. Masada bulunan yiyecekleri seçmek, giysileri ve bunların renklerini ayırt etmek, gazete ve kitap okumak gibi basit aktivitelerin bile yapılabilmesi güçleşir (Erdil ve Elbaş 2012).

Göz;

- Göz küreleri
- Gözün boşlukları
- Lens
- Gözün yardımcı organlarından oluşmaktadır (Bengisu 1998).

Katarakt bireylerde ağrısız görme kaybı ile seyreden şeffaf olan lensin opaklaşması ve bulanıklaşması olarak tanımlanmaktadır. Kataraktın ilerlediği durumda görme tamamen kaybolur. Katarakta bağlı körlük tedavi edilebilir hastalıklar grubundadır. Özellikle yaşlılarda görülen bir göz hastalığı olarak bilinmektedir. Dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla beraber katarakt küresel bir sorun olarak görülmektedir. Hastaların çoğu 60 yaş üzerindedir. Ancak katarakt sadece

yaşlı nüfusta değil genç bireylerde de görülmektedir. Bu tür kataraktlar genetik nedenlerden olabileceği gibi metabolik ve travmatik nedenler ya da kullandığı ilaçlara bağlı olabilir. Yeni doğan bebeklerde ise konjenital katarakt görülebilir. (Erdil ve Elbaş 2012; Kaymakçı 2014).

Konjenital katarakt, tek göz veya her iki gözde birden görülebilmektedir. Genetik nedenlere bağlı olabileceği gibi hamilelikte annenin geçirdiği hastalıklar, zorunlu ilaç kullanımı, radyasyon maruziyeti gibi değişik nedenlerle gelişebilir. Senil katarakt yaşın ilerlemesi ile organizmada meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucunda oluşur. Bu süreçte aşırı güneş ışığına maruz kalmanın da etkisinin olduğu belirtilmektedir (Bengisu 1998; Erdil ve Elbaş 2012; Kaymakçı 2014).

4. 3. 1. Kataraktın Dünyada ve Türkiye'deki Yeri

Katarakt dünyada en fazla rastlanan, körlük oluşturabilen ve tedavisi mümkün olan göz hastalıkları arasında ilk sıralarda bulunmaktadır (WHO 2019). Ülkemizde de körlüğe yol açan faktörler içinde ilk sıralarda katarakt yer almaktadır (Gözüm 2012). Katarakt standart bir ameliyatla kolay, güvenli ve düşük maliyetli olarak tedavi edilebilmesine rağmen hala görme bozukluklarının ikinci önde gelen ve küresel olarak körlüğün ilk nedeni olmaya devam etmektedir. 2010'daki son tahminlere göre, 94 milyon kişi görme engellidir. Bu bireylerin 20 milyonunun katarakt nedeniyle kör olduğu, görme bozukluğu olan tüm bireylerin üçte birini (%33) ve dünya çapında kör vakaların yarısından fazlasının (%51) kataraktlı olduğu belirtilmektedir. Katarakt çok faktörlü bir hastalıktır ve yaşlanma en önemli risk faktörüdür. İnsanlardaki yaşam süresi yükseldikçe katarakt prevalansının buna paralel olarak artması ve sağlık sistemleri için zorlukların ortaya çıkması beklenmektedir. Halk sağlığı açısından bakıldığında, katarakt ve katarakta bağlı körlüğün öneminin anlaşılması, önleme ve tedavide ilk adımdır. Kanıta dayalı politika oluşturarak soruna yaklaşılmalıdır (Song ve ark. 2018).

Dünya genelinde çoğu alanda oranlar düştüğü halde katarakt nedeniyle mutlak körlük sayısı yüksek kalmaktadır. 50 yaşından büyük erişkinlerde yaşa bağlı körlüğün en yüksek prevalansı, Batı Sahra altı Afrika'da %6,0, Doğu Sahra altı Afrika'da %5,7'dir. 1990-2010 yılları arasında 50 yaşından büyük yetişkinlerde katarakt nedeniyle yaşa bağlı körlüğün en büyük düşüşü Doğu Asya, tropikal Latin

Amerika ve Batı Avrupa’da görülmüştür. Son araştırmalarda kadınlarda erkeklerden daha büyük oranda katarakt görüldüğü belirtilmektedir (Lee ve Afshari 2017).

Ülkemizde Güneydoğu Anadolu’da yapılan bir çalışmada kataraktın (%50) en önemli körlük nedenleri arasında olduğu gösterilmiştir (Negrel ve ark. 1996). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2016 verilerinde 75 yaş üzeri bireylerin %31,9’unun görme sorunu olduğu bildirilmiştir (Köse 2017). Türkiye 2010 Sağlık İstatistik Yıllığı’ndaki ICD-10 ana tanı grubunda taburcu olan hastaların %4’ü göz hastalıklarından oluşmaktadır (Başara ve ark. 2012).

4. 3. 2. Katarakt Oluşumu

İlerlemenin tam olduğu kataraktta görme tamamen kaybolur. Katarakt özellikle yaşlılarda görülen bir göz hastalığı olarak bilinmektedir. Kataraktlı hastalar 60 yaşın üzerindeki bireylerdir. Bunun yanısıra katarakt yalnızca 60 yaş üzerindeki kişilerde değil, 60 yaş altındaki bireylerde de görülebilmektedir. Bu tür kataraktlar genetik nedenlerden olabileceği gibi metabolik sorunlar, travmatik sebepler ya da kullandığı ilaçlara bağlı olabilir. Yeni doğan bebeklerde ise doğumsal katarakt görülebilmektedir (Özkan ve ark. 2007).

4. 3. 3. Katarakt Çeşitleri

1. Konjenital
2. Edinsel
 - a) Senil
 - b) Metabolik
 - c) Toksik
 - d) Travmatik
 - e) Bazı hastalıklara sekonder,
 - f) Sindermatotik katarakt olmak üzere ayrılır (Aydın ve Akova 2001).

4. 3. 3. 1. Konjenital katarakt

Doğumda ve sonrasındaki 3 ayda korneada oluşan opaklaşma doğumsal katarakt şeklinde tanımlanır. Çocukluk döneminde en sık karşılaştığımız tedavi edilebilir

katarakt konjenital katarakttır. Hastalığın seyrini belirleyen erken teşhis ve tedavidir. Bu katarakt türünün nedeni bilinmemekle beraber genetik olabileceği düşüncesi yaygındır. Tanı konulmasından sonra hemen cerrahi müdahale uygulanması göz tembelliğinin gelişmesini engellemek açısından önemlidir (Bengisu 1998; Keklikçi 2005).

4. 3. 3. 2. Edinsel katarakt

a) Senil katarakt: Senil kataraktlar 30-40'lı yaşlardan sonra görülebilir. Edinsel kataraktın en sık görülen tipidir. Yaşın ilerlemesiyle beraber lensin saydamlığı azalır. Lens yaşlandıkça ağırlık ve kalınlık artmakta, akomodatif güç azalmaktadır. Lens opasitesinin tabakalara yerleşim alanlarına göre kortikal ve nükleer olarak iki şekilde görülür (Aydın ve Akova 2001).

• **Nükleer katarakt:** İlerleyen yaşla birlikte lens nükleusunda rengin koyulaşması ve lens nükleusunun sertleşmesi söz konusudur. Lenste fizyolojik sklerotik farklılaşma olmasının sonucudur. Lensin yoğunluğu artarak, kırma indeksi de artar. Psödomiyopi meydana gelir. Başlangıç dönemlerinde görme keskinliği konkav camlarla düzeltilebilir, sklerotik değişikliklerin artmasıyla beraber görme keskinliği giderek azalır. Sklerotik farklılaşma 5-10 seneyi bulur. Başlangıç evrelerinde diplopiden şikâyet ve ileri dönemlerinde de renk tonunu ayırt etmede güçlük gözlenebilmektedir (Özkan ve ark. 2007).

• **Kortikal katarakt:** Lensin kortikal tabakasında görülür. Lens aminoasit komponentindeki ve protein molekülündeki yıkım ya da lens kapsülündeki permeabilitenin atımıyla, lenste hidrasyon artar. Lens çıkan sıvıyı humor aközden absorbe eder. Korteks bulanıklaşır (Aydın ve Akova 2001).

Travmatik, konjenital ve sekonder katarakta göre en sık senil katarakt görülür. Yaşın ilerlemesiyle beraber lensin çekirdeği büyür, sertleşir ve lens bulanıklaşır. Gittikçe ilerleyen bulanık görme yaşlı kataraktında tek belirtidir. Çoğu hastada katarakt iki tarafta da görülür ancak ilerleme hızı aynı değildir. Yaşlı kataraktı genelde yıllar içinde ilerler. Kataraktın başlarında uzak görme bulanık olsa da yakın görme daha iyidir. Lensin katarakt oluşumunun başlangıcında çok daha hızlı kırıcı olması nedeni ile bu hastalar yakını gözlüksüz daha iyi görmeye başlar (Özkan ve ark. 2007). Yaşlı kataraktı dört evrede gelişir;

1. Başlangıç evresi: Lenste minimal opaklaşma vardır.

2. Şişkinlik (Entümessan) evresi: Lenste su en üst düzeye ulaşmış ve lens kapsülü genişlemiş durumdadır.

3. Olgunluk evresi: Lensin tamamı bulanıklaşmıştır.

4. Olgunluk üstü evresi: Lensten artık su dışarıya sızar, lens dehidratedir, bulanık bir lens ve büzüşmüş kapsül görünümü meydana gelir (Kaymakçı 2014).

b) Metabolik katarakt: Kronik hastalıklar (Hipokalsemi ve diyabet) ile beraber bulunabilir. Diyabete bağlı katarakt en sık görülen kataraktır. Ayrıca hipo-hipertiroidi, myotonik distrofi gibi hastalıklarda metabolik katarakta zemin hazırlamaktadır (Özçetin 2005).

c) Travmatik katarakt: Genç hastalarda en sık görülen katarakt nedenidir. Çocuklarda ev içinde, yetişkinlerde ise işyerlerinde oluşmaktadır. Nadir olarak radyasyon, elektrik, aşırı soğuk ya da sığağa bağlı olarak da görülebilir. Penetran veya künt travmalar lensin bulanıklaşmasına sebep olmaktadır (Kılıç ve ark. 2007).

d) Toksik katarakt: Kortikosteroidler, kolesterolü düşüren ve bazı antiaritmik ilaçlar; sigara ve alkol tüketimi lense hasar verip kataraktın oluşmasına neden olur (Bormusov 2013).

e) Sekonder katarakt: Göze ait cerrahi işlemlerden sonra gelişen kataraktlardır. Örneğin üveit, glokom, göz içi tümörler ile fistülizan glokom operasyonları, göz içerisine konulan silikondur. Bakır metabolizması bozukluğunda (Wilson Hastalığı) ve soğuga bağlı olarak da katarakt görülür (Bengisu 1998).

f) Sindermatotik katarakt: Deri hastalıklarıyla beraber görülen katarakt sindermatotik kataraktır. Kataraktın en fazla atopik dermatit, osteoporoz, Rothmund ve Werner sendromu, gelişme geriliği ve endokrin bozukluklar kataraktın en sık görüldüğü durumlardır (Özkan ve ark. 2007).

4. 3. 4. Katarakt Gelişim Aşamaları

Senil kataraktın gelişimi beş evrede gerçekleşir

a) Başlangıç katarakt evresi

b) Entümessan katarakt evresi

- c) Olgun katarakt evresi
- d) Morgagnian katarakt evresi
- e) Regresif katarakt evresi (Bengisu 1998).

4. 3. 5. Katarakt Semptomları

Semptomların ortaya çıkması genelde yavaş seyirlidir. En belirgin semptom buzlu bir camın arkasından bakıyormuş gibi görmenin azalmasıyla birlikte artan kamaşmadır ancak ağrı yoktur. Bireylerde farklı şekillerde görme kaybı oluşur. Gün ışığında ve gece araba sürerken gözdeki kamaşmayla parlak ışıklar dağılır ve gece araba kullanmak zor olabilmektedir (Bengisu 1998; Gözüm 2012).

4. 3. 6. Kataraktın Risk Faktörleri

Katarakt oluşumunda önemli risk faktörleri arasında; yaş, travma, kalıtım, genetik, inflamasyon, beslenme bozuklukları, metabolik rahatsızlıklar, kullanılan ilaçlar, sigara ve alkol kullanımı, radyasyona maruziyet ve UV ışınlarıdır (Gözüm 2012).

4. 3. 7. Katarakt Tedavisi

Antioksidan özellik taşıyan E ve C vitaminleri katarakt oluşumunda koruyucu etkiye sahiptir. Bazı hastalarda gözlük önerilmektedir. Ancak en geçerli ve kanıtlanmış tedavi yöntemi cerrahidir (Gözüm 2012; Kaymakçı 2014).

4. 3. 7. 1. Katarakt cerrahisi

Lens fonksiyonunu yerine getirebilmek için saydamlık ve refraktif indeksini koruması gerekir. Lensin saydamlığını kaybetmesi ve ışığın saçılmasına neden olan farklı büyüklükteki opasit katarakt olarak adlandırılır. Katarakt gözün doğal lensinin opaklaşmasıdır (Asbell ve ark. 2005; Gözüm 2012). Görmeyi engelleyecek kadar gelişen katarakt körlüğün ilk nedenleri arasında sayılmaktadır (WHO 2019).

Kataraktlar; basamaklı olarak ağrısız bir şekilde ilerleyen görme kaybı meydana getirir ve birçok hasta görme probleminin farkına varmaz. Hastaların şikâyetleri genellikle, buğulu, bulutumsu görme, gördüğünü seçememe, bulanık ya da gözlerinin önünden bir şeyler uçuyormuş gibi görme şeklindedir. Hastaların en önemli şikâyeti görmenin azalmasıdır. Kataraktlı bireyler en çok yansımadan ve ışık yanılısamlarından şikâyet ederler. Işık kamaşması da denilen bu durumun sonucu göz kamaşması şikâyetiyle araba kullanmakta zorlanırlar (Aydın ve Akova 2001).

Lensin değerlendirilebilmesi için biyomikroskopi en güvenilir yöntemdir. Katarakt tanısı için yapılan testler; görme keskinliği, göz eklerinin muayenesi, kontrast duyarlılık, ışık projeksiyonu, biomikroskopi, pupiller reaksiyonlar, refraksiyon ve retinoskopi, direkt oftalmaskopi, konfrontasyon testleri ve ultrasonografidir (Bengisu 1998; Aydın ve Akova 2001; Kaymakçı 2014).

Lens cerrahi olarak çıkartılarak durum düzeltilir ve lens çıkarıldıktan sonra güçlü dış bükey mercekler kullanılmalıdır.

Katarakt cerrahisi;

- İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
- Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
- Fakoemülsifikasyon yöntemleri uygulanmaktadır (Kamış ve ark. 2006).
- **İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (İKKE)**

Göz kapağı spekulumla açılır. Lensin ön kapsülünün tamamen kriyofakla dondurulmasıyla limbustan geniş bir üst kornea kesisi açılıp lens hafif hareketlerle sağa ve sola çevrilerek zonüler bağlantı koparılıp lens dışarı alınır. Son yıllarda çok fazla tercih edilmemektedir (Bengisu 1998; Erdil ve Elbaş 2012; Gözüm 2012).

- **Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (EKKE)**

Limbustan açılan kornea üzerindeki vertikal kesisinden sonra ön kapsül açılır yalnızca nükleus dışarı alınır. Korteks aspire edilere temizlenir. Geriye kalan kapsüle yapay göziçi merceği takılır. Halen devam edilen katarakt cerrahisi yöntemi arasındadır (Gözüm 2012; Kaymakçı 2014).

- **Fakoemülsifikasyon**

Ultrason eşliğinde lens materyallerinin parçalara ayrılıp temizlenmesine yardımcı olan kapalı sistem EKKE cerrahisine fakoemülsifikasyon denir. Katarakt

cerrahisi yöntemlerinden en çok tercih edilenidir. Küçük bir korneal kesi ile ameliyat gerçekleştirildiği için yara iyileşme süresi ve görsel kazanım çok daha hızlıdır (Aydın ve Akova 2001; Kaymakçı 2014).

4. 3. 8. Katarakt Cerrahisinde Anestezi

Katarakt genel veya lokal anestezi eşliğinde yapılmaktadır. Lokal anestezi yöntemi genel anesteziye oranla daha çok tercih edilmektedir. Bu anestezi yöntemi kullanılan hastalarda ameliyat sonrası bilinç bulanıklığı, bulantı ve kusma, hipotansif ataklar gibi metabolik olaylar daha az görülmektedir. Genel anesteziye bağlı kardiyovasküler ve solunum komplikasyonları daha az oluşur. Ameliyat gününbirlik cerrahi olarak uygulanmaktadır. Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde rutin tetkikler yapılmalıdır (Benjamin 2009; Gözüm 2012).

4. 3. 9. Katarakt Cerrahisi Komplikasyonları

• Ameliyat esnasında ve erken döneminde gelişen komplikasyonlar

Ameliyat sırasında arka kapsülün rüptür olmasıyla, lens parçacıkları geriye kaçmaktadır. En sık görülen komplikasyon suprakorideal hemorajidir. Ameliyattan sonraki erken evrede gelişen komplikasyonlar; kornea ödemi, irisin prolapsusu, göz içi basıncının yükselmesi ve akut bakteriyel endoftalmidir (Kanski 2007).

• Ameliyattan sonra geç dönemde oluşan komplikasyonlar

Ameliyat sonraki geç evrede ortaya çıkan komplikasyonlar arasında intraoküler lenste malpozisyon, arka kapsül opaklaşması, retinanın dekolmanı, kornea dekompanseasyonu, kistoit makula ve kronik endoftalmidir (Kanski 2007; Gözüm 2012).

4.3. 10. Katarakt Ameliyatı Sürecinde Hemşirelik Bakımı

• Ameliyat öncesi bakım

Hemşire katarakt ameliyatı öncesi hastanın öyküsünü alma, değerlendirilmesini yapma, onam belgesinin kontrolü ve ameliyata hazırlamaktan sorumludur. Hemşirelik bakımında amaç; hastanın ameliyat öncesinden ameliyatın sonuna kadar

alacağı tüm bakımdan memnun olması, hastanın görme işlevini arttırarak yaşam kalitesinin iyileştirmektir. Hasta ameliyat hakkında bilgilendirilmeli ve endişeleri varsa azaltılmalıdır. Ameliyat öncesi hastanenin politikasına uygun olarak hazırlık yapılır. Lokal anestezi sırasında hastanın başını oynatmamasının önemi ve cerrahın söylediklerine uyulması gerektiği belirtilir (Erdil ve Elbaş 2012).

• **Ameliyat Sonrası Bakım**

Ameliyattan sonraki bakımda hasta bireyi travmalardan korumak, kanamayı önlemek, duysal eksikliği en aza indirmek, göz içindeki basıncın artmasını azaltmak, enfeksiyonu ve hareketsiz yaşam nedeniyle gelişebilecek diğer komplikasyonları önlemek gerekir. Travmanın önlenmesi ve azaltılması için hasta transferinde uygun bir taşıma yöntemi kullanılmalıdır. Hasta, yatağa alınıp sırt üstü yatırıldıktan sonra, yatağın kenarlıkları kaldırılıp, çağrı zili hastanın ulaşacağı yere yerleştirilmelidir. Hasta ve hasta yakınları göze basınç oluşturabilecek aktivitelerin engellenmesine yönelik olarak bilgilendirilir. Hastanın ameliyat yapılmayan tarafa yatırılması, basıncın azaltılması ve pansumanların kirlenmesi engellenir. Etkilenen gözün travmadan korunması için koruyucu bir kapakla kapatılır. Öksürme ağır herhangi bir şey kaldırma, öğürme, ıkınma ve kabızlık gibi durumlar önlenmelidir. Ağrısı olan hastalarda uygun ağrı yönetimi uygulanmalıdır. Komplikasyonlar konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilir. Duygusal algılamalarda eksikliklere dikkat edilmeli ve hasta yalnız bırakılmamalıdır (Erdil ve Elbaş 2012; Kaymakçı 2014).

Hasta ameliyattan sonra dolaşımı hızlandırmak, barsak hareketlerini arttırmak ve solunum komplikasyonlarını önlemek için erken dönemde mobilize edilmelidir. Ameliyattan sonraki dönemde taburculuk kriterini taşıyan hastalar taburcu edilir. Taburculuğa yönelik hasta bilgilendirilir. Evde hasta bireyin rahat edebilmesi, düşmenin önlenmesi için nasıl göze ilaç damlatacağı, pomat uygulama şekli, yüzünü ıslatmadan başını nasıl yıkayacağı hastaya ve hastanın yakınlarına anlatılmalıdır. Kullanması gerekli ilaçlar ve kontrol tarihine yönelik bilgilendirilmelidir (Erdil ve Elbaş 2012).

Katarakt ameliyatı olan bireyler taburcu olduktan sonraki dönemde ilk iki gün içinde, birinci haftada ve ameliyattan sonraki ilk ayda değerlendirme yapılmalı veya ziyaret edilmelidir (Marsden 2004).

5. DÜŞME

Düşme bireyin kendisinden, kendi vücudundan, organından ortaya çıkabilecek ya da araba çarpması gibi kendi yapısının dışından kaynaklanan herhangi bir olayın sonucu, zemine, yere, alana veya bulunmakta olduğu düzeyden daha aşağıda bir seviyeye gelmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Işık ve ark. 2006).

Düşme, bireyin korku, endişe ve kaygı duymasına sebebiyet veren önemli sağlık problemi arasında sayılmaktadır. Düşme, hareketsizliğe neden olarak bağımsızlığın kaybedilmesine ve ciddi şekilde yaralanmalara bağlı olarak bakım sürecini uzatmaktadır. Tıbbi bakım ve tedavi ihtiyacı sağlık bakım maliyetlerini de arttırmaktadır (Chu ve ark. 2005). Krauss ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada düşme olayının %81,6'sının hasta bireyin odasında olduğu, %35,7'sinde görme bozukluğunun düşmeye yol açtığı ve %50,0'mın son altı ay içerisinde düştüğünü belirtilmiştir (Krauss ve ark. 2005).

Yapılan diğer bir çalışmada da bireylerin %85,3'ünün kronik hastalığı olduğu, %29,7'sinin yürürken destek olacak bir araca ihtiyacı olduğu, %48,7'sinin düşmeyi yaşadığı ve %53,9'unun da "birden fazla" düştüğünü ifade ettiği bildirilmiştir. Düşen bireylerinde %51,1'inin düşme korkusunu yaşadığı belirtilmiştir (Yeşilbakan ve Karadakovan 2007).

5. 1. Düşmeye Neden Olan Risk Faktörleri

- İçsel faktörler
- Dışsal faktörler (Çınarlı ve Koç 2015).

1. İçsel Faktörler: Bireyin kendisinden kaynaklanan faktörlerdir. Dengeyi devam ettirmek için gerekli olan işlevleri etkileyen yaşla ilişkili bozukluk ve değişiklikleri içermektedir (Uzun ve ark. 2018).

- **Demografik Özellikler:** İleri yaş, kadın cinsiyet, kilolu olmak, beyaz ırk, yalnız yaşamak, yürümeye yardımcı araç kullanma.

- **Tıbbi Sorunlar:** Uyku düzensizlikleri, işitme bozukluğu, görme bozukluğu, depresyon, demans, parkinson, diyabet, hipertansiyon, yaşa bağlı değişiklikler, baş dönmesi, vertigo, senkop ataklar.

- **Yürüme/Denge/Fonksiyonel Bozukluklar:** Alt ekstremelerde güçsüzlük, düşme öyküsü, denge ve yürüme bozuklukları, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma.

- **İlaç Kullanımı:** Antidepresanlar, benzodiazepinler, sedatifler, antihipertansifler, antidiyabetikler, insülin, antiaritmik ilaçlar, diüretikler (Çınarlı ve Koç 2015; Uzun ve ark. 2018).

2. Dışsal Faktörler: Bireyin çevresinden kaynaklanan faktörlerdir. Çevresel nedenleri içeren düşmelerdeki risk faktörleri önlenebilmektedir. Ev içerisinde yetersiz aydınlatma, evin içerisinde ve dışarısında merdivenlerde bulunmayan korkuluklar, tuvalet ya da banyo küveti etrafında tutunma barlarının olmaması, ıslak zeminde ayağın kaymaması açısından alınmış bir önlemin bulunmaması, tuvaletteki oturma alanlarının normalden alçak olması, halıların kayması, buzlu ya da karlı zeminin kayması, yürüme alanında bulunan engeller düşmeye neden olmaktadır (Çınarlı ve Koç 2015).

- **Çevresel Riskler:** Zayıf aydınlatma, kaygan halı, düzensiz kaldırımlar, ıslanmış basamaklar.

- **Kıyafetler ve Ayakkabılar:** Uygunsuz ayakkabı ve kıyafetler.

- **Yürümek için Yardımcı Araç Kullanma:** Baston, yürüteç, koltuk değneği (Çınarlı ve Koç 2015; Uzun ve ark. 2018).

5. 2. Cerrahi Süreçteki Düşme Nedenleri

Ameliyattan önce, ameliyat sırası ve sonrası çeşitli sebeplerle düşmeler oluşabilir.

• **Ameliyat Öncesi Dönemdeki Düşme Nedenleri:** Bu dönemde ameliyatı gerektiren hastalık, kullanılan ilaçlar, işitme ve görmeye yardımcı araç gerecin çıkarılması nedeniyle algıdaki azalma ve anksiyeteye bağlı düşme yaşanabilir. Ayrıca hastanın yataktan sedyeye transferi sırasında da düşme oluşabilir.

• **Ameliyat Sırasında Düşme Nedenleri:** Ameliyat masasının hastaya uygun olmayışı, iyi tespit yapılmaması ve ameliyat ekibinin yanlış hareketlerine bağlı düşmeler oluşabilir.

• **Ameliyat Sonrası Düşme Nedenleri:** Ameliyat sonrasında kliniklerde daha sık düşme yaşanmaktadır. Hasta izleminin ameliyathane ve derlenme odasındaki gibi sürekli değil belirli aralıklar ile yapılması düşmeyi arttırabilir (Berke ve Aslan 2010).

5. 3. Düşmelerin Önlenmesi

Düşmeyi önlemede ilk yapılacak hastadaki düşme riskinin belirlenmesi, düşme hikayesi, denge ve yürüme sorunlarının saptanmasıdır. Sağlık personelleri de düşme konusunda eğitilmelidir (Berke ve Aslan 2010).

Düşmenin önlenmesi ve azaltılmasında tıbbi müdahaleler, çevre düzenlemesi, egzersiz ve eğitim programları, yardımcı araç gereç kullanılmaktadır. Böylece tekrarlı düşme sayısı azaltılıp, yaralanma ve ölüm oranları azaltılabilir (Naharcı ve Doruk 2009).

Düşme riski taşıyan hastalarda çevresel ve bireysel önlemlerde işitme ve görme sorunu olan bireylerin bu problemleri çözülmeli, kulak kirleri varsa temizlenmeli yada işitme testleri yapılmalıdır. Çok sık düşen bireylerde kullanılan kalça koruyucular kalça kırıklarının önlenmesinde yardımcı olabilir. İnkontinansı olan hastalarda uygun tuvalet olan odalar kullanılmalı ve gece tuvalete giden hastaların ilaçları kontrol edilmelidir. Hastalar ortostatik hipotansiyon yönünden değerlendirilmelidir. Sıvı elektrolit dengesizlikleri kontrol edilerek uygun diyet düzenlenmelidir. Yataktan ani kalkma sırasında oluşabilecek sorunları önlemek için yataktan kalkarken dikkat edilecekler konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Denge sorunlarına yönelik uygun egzersiz programları planlanmalıdır. Yatak ve koltuk yükseklikleri bireye uygun olarak ayarlanmalıdır. Tekerlekli sandalye, yatak ve sedye tekerlekleri kilitlenebilir olmalı ve kullanılan yardımcı araç gereçler hastanın yakınına konulmalıdır. Merdiven ve koridorlara kavramayı sağlayan destekler konmalıdır. Yaşam alanlarında ışıklandırma arttırılmalı, ıslak ve kaygan zemin olmamalıdır. Merdiven basamaklarının yüksekliği azaltılmalıdır (en çok 15 cm). Yatak başına alarmlar konarak hastalar yakın takip edilmelidir (Naharcı ve Doruk 2009; Berke ve Aslan 2010).

6. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi bireyin içerisinde olduğu durumu değerler ve kültürel sistemde algılama şeklinde tanımlanmaktadır. Kişinin ruhsal ve bedensel sağlığının algılanması da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SYK) olarak tanımlanır. Bu kavram fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlardaki kişinin deneyimleri, inançları, algılamaları ve beklentilerinden etkilenen sağlık algıları ve bunlara yönelik tepkilerini kapsamaktadır. Hastalık veya hastalığa yönelik tıbbi müdahale sonucunda meydana gelen işlevsel durumun kişinin kendisi tarafından öznel algılanmasıdır (Eser 2006).

Yaşam kalitesi ifadesi 1980 yıllarından itibaren hemşirelik alanında kullanılmaya başlandı. Hemşirelik bakımında birey bütüncül şekilde değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesi kronik hastalığa sahip ya da sağlıklı bireylerde tedavi amacıyla yapılan girişimlerde hemşirelik bakımının sonuçlarının değerlendirilmesinde sık olarak yararlanılmaktadır (Edisan ve Kadioğlu 2011). Hastaya uygun hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması hastaların yaşam kalitesini arttırmaktadır. Hastanın ruhsal, sosyal ve fiziksel yönden yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilenmesini önlemek için hemşireler danışmanlık, destekleyici ve eğitici rolleriyle hastanın kendi bakımını yapması ve özgüveninin arttırılmasına yönelik bütüncül bakım vermelidir (Tarsuslu Şimşek ve ark. 2011).

6.1. Yaşam Kalitesinin Boyutları

Bakım hizmetlerindeki farklılıkları belirlemek için yaşam kalitesinin ölçülmesi gereklidir. Fiziksel olarak iyilik durumu, fiziksel faaliyetleri gerçekleştirmede zorluk, çalışma durumu, fonksiyonel yetmezlik, hastalık semptomları ve sağlık koşulları ile ilişkili konular yaşam kalitesinin objektif göstergeleridir. Psikolojik/duygusal/ iyilik durumu ve yaşamdan hoşnut olma ile ilgili konular yaşam kalitesinin subjektif göstergeleridir (Ergün ve ark. 2011).

6. 2. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Genel ve hastalığa mahsus ölçekler ile yaşam kalitesi ölçülmektedir.

- **Genel Yaşam Kalitesi:** Toplumun yaşam kalitesi değerlendirilmektedir.

Gelir durumu, çevre koşulları, sosyal imkânlar ve kişilerin inançları genel yaşam kalitesinin içinde ele alınmaktadır (Eser 2006).

- **Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi:** Hastalığa mahsus geliştirilmiş ölçeklerdir.

Dar kapsamlı olmasına karşın, hastalıkla ilişkili küçük ayrıntıları değerlendirdiği için duyarlılıkları yüksektir. Hastalığa ilişkin küçük klinik değişiklikler saptanabilir ve bu sonuçlar klinikte kullanılabilir (Fidan ve ark. 2003).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5. 1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma analitik kesitsel tipteki bir araştırmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma Eylül 2018- Şubat 2019 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları kliniğinde yapıldı.

5. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini daha önce katarakt tanısı almış, katarakt ameliyatı yapılmasına karar verilen kontrol ya da ameliyat olmak üzere Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları kliniğine başvuran hastalar oluşturdu. Çalışma grubunun örnek büyüklüğü Palagtyi ve arkadaşlarının (2016) araştırmasındaki kataraktlı bireylerde bir yıllık düşme oranı (%40,2) referans alınarak hesaplandı. Araştırmanın yapıldığı hastaneye 6 aylık dönemde katarakt ile başvuran hasta sayısı yaklaşık 400'dür. Bu değer dikkate alındığında %95 güven düzeyinde %5 sapma ile en küçük örneklem büyüklüğü 193 olarak hesaplandı.

Araştırmaya 230 hasta dahil edildi. Ancak 10 hasta anket formlarını eksik doldurduğu ve 5 hasta da araştırma kriterlerini karşılamadığı için araştırmadan çıkarıldı. Çalışma 215 birey ile tamamlandı.

5. 3. 1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Katarakt tanısı ile araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmanın yapıldığı hastaneye başvuran ve ameliyat önerilen hastalardan;

- Yaşı 30'un üzerinde olan
- Okuma-yazması olan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan

- Kesin tanısı katarakt olan
- Cerrahi tedavi önerilen
- Denge sorunu olmayan
- Bilinç açık ve soruları cevaplayabilecek yetide olan
- İletişim ile ilgili sorun teşkil etmeyen (konuşma ve işitme problemi vb)
- Karar verme sürecini etkileyecek herhangi bir durumu bulunmayan (demans, psikolojik bozukluk vb.)
- İletişim ve iş birliği içinde olmaya hazır olan bireyler oluşturdu.

5. 4. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmada yanıt aranan sorular:

Araştırma ana sorusu; katarakt tanısının bireylerin düşme sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi nedir?

Araştırmanın alt soruları ise;

1. Katarakt tanısının bireylerin düşme sıklığına etkisi nedir?
2. Katarakt tanısının bireyin yaşam kalitesine etkisi nedir?
3. Katarakt tanısının bireyin günlük yaşam aktivitelerine etkisi nedir?
4. Katarakt tanısının bireyin fiziksel aktivitelerine etkisi nedir?

5. 5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bu araştırmada;

• **Bağımlı Değişkenler;** Düşme riski ve sıklığı, Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (National Eye Institute Visual Function Questionnaire NEI VFQ 25 (NEI VFQ-25), SF-12 yaşam kalitesi ölçeği puanlarıdır.

• **Bağımsız Değişkenler;** Hastaların yaş, cinsiyet, gelir durumu, fiziksel aktivite düzeyi, hastalık öyküsü gibi değişkenlerdir. Ayrıca Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) ve günlük yaşam aktivitesi (GYA) ölçek puanları, Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği (FES-I) ve İtaki düşme riski ölçeği puanlarıdır.

5. 6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri kişisel bilgi formu, NEI-VFQ 25 Görme İşlevi Ölçeği, GYA Ölçekleri, Uluslararası IPAQ ve SF-12 ölçeği, FES-I ve İtaki düşme riski ölçeği kullanılarak elde edildi.

5. 6. 1. Kişisel Bilgi Formu

Verilerin toplanmasında kullanılan bu form iki bölümü içermektedir. İlk bölüm; sosyodemografik özellikleri içeren (yaş, cinsiyet, Beden kitle indeksi (BKİ), medeni durum vb.) sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde ise hastalık hikayesini içeren hastaların kronik hastalıklarını, şuan ki hastalığını, düşme hikayesini ve düşme risklerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır (EK-4).

5. 6. 2. NEI VFQ-25/TR Ölçeği

Ölçek 1998'de kronik görme bozukluğu olan kişiler için Mangione ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. NEI VFQ-25 tüm kronik göz hastalıklarını kapsaması ve geniş yaş aralığında kullanılmasından dolayı diğer ölçeklere göre daha farklı özellikler içermektedir. Ölçek ilk 51 soru olarak geliştirilmiş ancak klinikte kullanımı kolay olmadığı için 25 soruluk versiyonu oluşturulmuştur. Ölçeğin 12 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek 10-15 dakikada uygulanmaktadır. Toprak ve arkadaşları Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.97'dir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-100 arasındadır. Yüksek puanlar görmeye bağlı yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir (Toprak ve ark. 2005) (EK-5).

5. 6. 3. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği

Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde KATZ'ın GYA'ı ve Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) ölçeği kullanıldı (EK-6).

5. 6. 3. 1. KATZ'ın GYA Ölçeği

Yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli olan temel ihtiyaçların sağlanmasını ifade eder. Kişinin günlük yaşamdaki aktivitelerini belirlemeye yönelik olan, temizlik yapabilme, alışveriş yapma, ulaşım sağlama, yemeği hazırlama, banyo yapabilme, giyinme, tuvalete gidebilme, hareket edebilme, boşaltım, beslenme ile ilgili bilgiyi kapsayan 6 soruyu içermektedir. Yaşlıların GYA'ları değerlendirilmesinde; kişi aktivitelerini bağımsız olarak yapabiliyorsa 3, yardımla yapabiliyorsa 2, hiçbir şekilde yapamıyorsa 1 puan verilerek puanlanır. Günlük yaşam aktivitelerinden alınan "0-6 puan bağımlı", "7-12 puan yarı bağımlı", "13-18 puan bağımsız" olarak değerlendirilir (Katz ve ark. 1963; Diker ve ark. 2001) (EK-6).

5. 6. 3. 2. Lawton ve Brody'nin (EGYA) Ölçeği

Toplumun içerisinde bağımsız olarak yaşamayı ifade eder. Yaşlı bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitesini tespit etmeye yönelik olarak; telefon kullanma durumu, yemek hazırlama, kendi başına alışverişi yapma, çamaşır yıkama, ev işlerini günlük yerine getirme, ulaşım aracı kullanma, ilaçlarını kullanabilme durumu ve parayı idare edebilme ile ilişkili bilgiyi kapsayan 8 soruyu içermektedir. Değerlendirmede; birey aktivitelerini bağımsız yapabiliyorsa 3, yardımla yapabiliyorsa 2, hiçbir şekilde yapamıyorsa 1 puan verilir. Puanlar "0-8 bağımlı", "9-16 yarı bağımlı", "17-24 bağımsız" şeklinde değerlendirilmektedir (Lawton ve Brody 1969; Diker ve ark. 2001) (EK-6).

5. 6. 4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)

15 ve 65 yaşları arasındaki bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi için geliştirilmiştir. Kısa formu (7 soru); yürümede, orta ve yüksek düzey aktiviteler yaparken ve oturma esnasında harcanan süreyi belirlemek için uygulanmaktadır. Harcanan enerji miktarını bulabilmek için aktivitelerin haftalık süresi (dk/hafta) ile IPAQ için oluşturulmuş metabolik eşdeğerler (MET) çarpılır. Sonuçta, fiziksel aktivitenin düzeyi; 600-3,000 MET-dk/hafta ise düşük fiziksel aktivite ve >3,000 MET dk/hafta ise yeterli fiziksel aktivite olarak sınıflandırılır (Öztürk 2005) (EK-7).

5. 6. 5. Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği (FES-I)

Yaşlı bireylerin günlük aktivite sırasında düşme durumlarından kendilerini korumak amacıyla sergilediği davranışı tanılamaya yönelik olarak öz-bildirim veya görüşme yöntemine uygun biçimde planlanmıştır ve yaşlıların kendi davranışı konusundaki algılarla sınırlıdır. Ölçek 4'lü Likert tipte olup, her ifade 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. "1: Hiçbir zaman", "2: ara sıra", "3: genellikle" ve "4: her zaman" olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişinin düşmeyle ilişkili güvenli ya da koruyucu davranışları, düşük puan ise riskli davranışları gösterir. Ölçekte 6 soru ters çevrilerek puanlanır (7, 8, 9, 10, 19. ve 23. maddeler). Bütün maddelerin puanları toplanarak madde sayısına bölünür. Ulus ve arkadaşları Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmıştır (Ulus ve ark. 2012) (EK-8).

5. 6. 6. İtaki Düşme Riski Ölçeği

Ölçek 2011 de Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yayınlandı. Hastalarda düşme nedenlerinin risk faktörlerini kapsayan, 11 adet minör, sekiz adet majör olmak üzere toplam 19 adet risk faktörünü kapsamaktadır. Hastalar "minör risk faktörlerinden 1", "majör risk faktörlerinden 5 puan" alır. Elde edilen puanın beşin altında olması düşük risk, beş ya da beşin üzerinde olması yüksek risk olarak değerlendirilir. Bireylerin ölçekten aldığı toplam puanı arttıkça düşme riskide artmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014; Tanıl ve ark. 2014) (EK-9).

5. 6. 7. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12)

Ölçek SF-36 Anketi'nden seçili 12 sorudan meydana gelmektedir. 1992 yılında Rand Corporation SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini geliştirmiş ve kullanıma sunmuştur. Koçyiğit ve arkadaşları Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmıştır (Koçyiğit ve ark 1999). SF-12 sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten 0-100 arasında puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Kaynak 2006) (EK-10).

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmada veri toplama öncesinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden tez konusunun onayı, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan alınan onay ile Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler alındı (EK-8-10).

Çalışmaya dahil olmayı kabul eden ve araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan hastalara çalışmanın amacı anlatıldı, yazılı ve sözlü olarak onamları alındı (EK-11). Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme ile araştırmacılar tarafından toplandı. Veri toplama süresi yaklaşık 30-40 dakika arasında değişti.

5. 8. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 programı kullanıldı. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistikler (yüzde ve sayı dağılımları, ortanca (çeyreklerarası aralık) ve ortalama±standart sapma), Kruskall Wallis testi, Mann Whitney U, Ki-kare ve Spearman korelasyon analizleri kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Anlamlılık %95'lik güven aralığında $p<0,05$ olarak kabul edildi.

5. 9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI








Araştırmaya Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Göz kliniğine daha önce katarakt tanısı alan, katarakt ameliyatı yapılmasına karar verilip kontrol ya da ameliyat olmak üzere başvuran hastalar alındı. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu grubu temsil etmektedir. Tüm kataraktlı hastalara genellenemez. Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile elde edildiğinden verilerin güvenilirliği hastaların verdiği cevaplar ile sınırlıdır.

5. 10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yapıldığı hastaneden izin alındı.

Hastalardan yazılı ve sözlü onam elde edildi. Araştırmada Helsinki Deklarasyonuna uygun davranıldı.

5. 11. SÜRE VE OLANAKLAR

YAPILAN İŞLEMLER	TARİHLER						
	Ocak 2017	Ocak 2018	Mayıs 2018	Eylül 2018	Şubat 2019	Nisan 2019	Temmuz 2019
Literatür taraması		→	→	→	→	→	→
Belirlenen tez konusu ile ilgili ön çalışmalar							
Tez konusu ile ilgili materyallerin geliştirilme süreci							
Veri toplama için ön çalışmalar yapılması							
Veri toplama aşaması							
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi							
Tez Yazımı							

6. BULGULAR

6. 1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=215)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş Grubu		
Ort±SS: 68,88±9,29, Min: 45,00, Maks: 85,00		
68 yaş ve altı	95	44,2
69 yaş ve üzeri	120	55,8
Cinsiyet		
Kadın	105	48,8
Erkek	110	51,2
Beden Kitle İndeksi		
Ort ± SS: 28,06 ± 4,63, Min: 18,82, Maks: 44,46		
Normal kilolu ve altı (24,9 kg/m ² ve ↓)	57	26,5
Fazla kilolu (25,00- 29,99 kg/m ²)	99	46,0
Obez (30,00 ve ↑ kg/ m ²)	59	27,4
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	186	86,5
Lise ve üstü	29	13,5
Medeni Durum		
Evli	174	80,9
Bekar	41	19,1
Meslek		
Emekli	117	54,4
Ev hanımı	84	39,1
Memur/işçi/serbest	14	6,5
Gelir Düzeyi		
Ortalama ve ↑	172	80,0
Ortalamanın ↓	43	20,0
Sigara Kullanımı		
Halen içiyor	31	14,4
İçmiş bırakmış	68	31,6
Hiç içmeyen	116	54,0
Çalışma Durumu		
Evet*	34	15,8
Hayır	181	84,2
Yaşanılan Yer		
İl	64	29,8
İlçe	100	46,5
Köy/kasaba	51	23,7
Evde Yaşanan Kişi		
Yalnız	27	12,6
Eş ve çocukları ile	188	87,4
Fiziksel Aktivite		
Hiçbir zaman	76	35,3
Ara sıra	33	15,3
Sık sık	106	49,3

*Ort: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer, *çiftçi, serbest meslek*

Katarakt tanısı alan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının $68,88 \pm 9,29$ ve %55,8'inin 69 yaş ve üzerinde olduğu, grubun %48,8'inin kadınlardan oluştuğu, beden kitle indeksi ortalamasının $28,06 \pm 4,63$ kg/m^2 ve %46'sının fazla kilolu, %86,5'inin ilköğretim mezunu, %80,9'sinin evli, %54,4'ünün emekli, %80,0'nın ortalama ve üstü gelir düzeyinde olduğu, %47,5'nin hiç sigara içmediği, %84,2'sinin çalışmadığı, %46,5'inin ilçede yaşadığı, %87,4'ünün eş ve çocuklarıyla beraber yaşadığı ve %49,3'ünün sık sık fiziksel aktivite yaptığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların Hastalık Hikayesine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=215)

Hastalık Hikayesine İlişkin Tamtıcı Bilgiler	n	%
Daha Önce Önemli Bir Hastalık Geçirme Durumu		
Evet*	122	56,7
Hayır	93	43,3
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Evet**	183	85,1
Hayır	32	14,9
Kronik Hastalıklar		
Kalp Hastalığı	67	31,2
Hipertansiyon	121	56,3
Yüksek kolesterol	26	12,1
Diyabet	114	53,0
Böbrek Hastalığı	16	7,4
Akciğer Hastalığı	12	5,6
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		
Evet	187	87,0
Hayır	28	13,0
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu		
Evet	204	94,9
Hayır	11	5,1

* Koroner arter hastalığı, KOAH, kalp yetersizliği, diyabet

**Antikouglan, antidiyabetik, antihipertansif

Hastaların hastalık hikayesine ilişkin özellikler incelendiğinde; %56,7'sinin daha öncesinde önemli bir hastalık geçirdiği, %85,1'inin sürekli ilaç kullandığı, %87'sinin daha önce hastaneye yattığı, %94,9'unun daha önce ameliyat olduğu, %56,3'ünün hipertansiyon, %31,2'sinin kalp hastalığı, %12,1'inin yüksek kolesterol, %53'ünün diyabet, %7,4'ünün böbrek hastalığı ve %5,6'sının da akciğer hastalığı olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların Katarakta İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=215)

Katarakta İlişkin Bulgular	n	%
Katarakt tanısı aldıktan sonra geçen süre (ay) Ort±SS: 105,35±83,403, Min: 1,00, Maks: 420,00		
Katarakt Tanısı Alan Göz		
Sağ göz	51	23,7
Sol göz	44	20,5
Her iki göz	120	55,8
Kataraktın Yaşam Kalitesini Etkileme Durumu		
Hiç	48	22,3
Biraz	93	43,3
Orta derecede	46	21,4
Oldukça	28	13,0
Kataraktın Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme Durumu		
Hiç	94	43,7
Biraz	75	34,9
Orta derecede	19	8,8
Oldukça	27	12,6
Kataraktın Sosyal Yaşamı Etkileme Durumu		
Hiç	124	57,7
Biraz	65	30,2
Orta derecede	14	6,5
Oldukça	12	5,6
Katarakt ile İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	114	53,0
Hayır	101	47,0
Bilgi Alınan Kaynak (n=114)		
Doktor	102	89,5
Hemşire	8	7,0
Aile Üyeleri	4	3,5
Alınan Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu (n=114)		
Evet	102	89,5
Hayır	8	7,0
Kısmen	4	3,5
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu		
Evet	205	95,3
Hayır	10	4,7
Ameliyat Olan Göz (n=205)		
Sağ göz	63	30,7
Sol göz	55	26,8
Her iki göz	87	42,5
Ailede Katarakt Ameliyatı Olma Durumu		
Evet	66	30,7
Hayır	149	69,3

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer

Araştırma grubunun katarakta ilişkin bulguları incelendiğinde; tanıyı aldıktan sonraki süre ortalamalarının 105,35±83,403 ay ve %55,8'inin her iki göz için katarakt tanısı aldığı belirlendi. Hastalar katarakta bağlı olarak yaşam kalitesinin %13,0, günlük yaşam aktivitelerinin %12,6 ve sosyal yaşamın %5,6 oranında oldukça etkilendiğini ifade etti. Hastaların %53,0'mının katarakt ile ilgili eğitim aldığı,

%89,5'ine doktor tarafından bilgi verildiği ve %89,5'inin aldıkları bilgiyi yeterli bulduğu saptandı. Grubun %95,3'ünün daha önce ameliyat olduğu, ameliyat olan hastaların %42,5'inin her iki göze ameliyat yapıldığı ve %30,7'sinin ailesinde katarakt ameliyatı olan kişilerin bulunduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Yaşam Alanlarına Göre Dağılımı (n=215)

Yaşam Alanları	n	%
Yürüme Durumu		
Yürüme ile ilgili sıkıntı yok	157	73,0
Yardımsız yürüyebiliyor ancak bir yerden tutunması gerekiyor	22	10,2
Baston ile yürüyebilme	36	16,7
Ev Yapısı		
Tek katlı müstakil ev	89	41,4
İki katlı müstakil ev	35	16,3
Apartman dairesi	91	42,3
Ev Ortamı*		
Evde merdiven bulunması	141	65,6
Evde yeterli ışıklandırma olması	207	96,3
Yürümeyi engelleyecek eşya bulunması	48	22,3
Evin zemininin kaygan olması	38	17,7
Alışveriş ve ev işlerine yardımcı kişi bulunması	200	93,0
Bakımına yardımcı olacak yakını bulunması	208	96,7
Yakınında sağlık kuruluşu bulunması	195	90,7

*Evet cevabı verenlerin yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan hastalar yaşam alanlarına göre incelendiğinde; %73'ünün yürüme ile ilgili sıkıntısı olmadığı, %42,3'ünün apartman dairesinde oturduğu, %17,7'sinin evinin zemininin kaygan olduğu, %93,0'ının alışveriş ve ev işlerine yardım eden bir kişi ve %96,7'sinin bakımına yardımcı olacak yakınının bulunduğu belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Düşme Durumlarına Göre Dağılımı (n=215)

Hastaların Düşme Durumları	n	%
Düşme Durumu		
Evet	59	27,4
Hayır	156	72,6
Düşme Zamanı (ay)		
Ort±SS: 19,39±26,743, Min: 1,00, Maks: 120,00		
Düşme Sayısı		
Ort±SS: 1,81±1,40, Min: 1,00, Maks: 6,00		
Düşme Sıklığı		
Bir yıl ve altı	38	64,4
Bir yıl üstü	21	35,6
Düşme Mevsimi		
İlkbahar	22	37,3
Yaz	11	18,6
Sonbahar	10	16,9
Kış	16	27,1
Düşülen Yer		
Kendi evi içinde	34	57,6
Kendi evi dışında	25	42,4
Düşme Nedeni^z		
Tökezleme/takılıp düşme	18	30,5
Denge kaybı	21	35,6
Baş dönmesi/bayılma	9	15,3
Kayma	20	33,9
Bacakların birbirine dolaşması	2	3,4
Görme problemi	10	16,9
Düşme ile Hastaneye Başvurma		
Evet	29	49,2
Hayır	30	50,8
Düşme Sonrası Yaşanan Sağlık Sorunu		
Evet ^y	29	49,2
Hayır	30	50,8
Düşme Sonrası Yapılan Uygulamalar		
Kendi kendine uygulama	29	25,3
Aile hekimine başvurma	9	15,3
Ambulansla acil servise başvuru	15	25,4
Kendi imkanları ile acil servise başvuru	13	22,0
Röntgen çekilmesi	18	30,5
Bandajlama	2	3,4
Dikiş atılması	1	1,7
Hastanede yatma	11	18,6
Ameliyat	9	15,3

Tablonun Devamı		
Düşmeye Yönelik Önlem Alma		
Evet	170	79,1
Hayır	45	20,9
Düşmeye Yönelik Alınan Önlem*		
Halı-kilim kaldırma	24	14,1
Banyoya tutamak yaptırma	18	10,6
Yürüme alanında kabloları sabitleme	66	38,8
Kaygan zeminlere kaydırmaz materyal yaptırma	39	22,9
Merdiven kenarlarında trabzan yaptırma	14	8,2
Ev içi aydınlatmayı arttırma	9	5,4
Düşme Korkusu		
Evet	43	72,9
Hayır	16	27,1

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer

‡Kırık, incinme, burkulma

‡ Evet cevabı verenlerin yüzdesi alınmıştır

*Düşme önlemleri alanların yüzdesi alınmıştır

Katarakt tanısı alan hastaların düşme durumları incelendiğinde; %27,4'ünün düştüğü, düşme süre ortalamasının $19,39 \pm 26,743$ ay, düşme sayısı ortalamasının $1,81 \pm 1,40$ olduğu saptandı. Düşen hastaların %64,4'ünün bir yıl ve altı sürede, %37,3'ünün ilkbaharda, %57,6'sının kendi evinin içinde, %35,6'sının dengesini kaybederek ve %30,5'inin tökezleyerek düştüğü belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların %49,2'sinin düşme sonrası sağlık sorunu yaşadığı, %25,3'ünün evde kendi başına uygulama yaptığı, %25,4'ünün ambulans ile hastaneye ve acil servise başvurduğu, %30,5'inin röntgen çektiirdiği, %18,6'sının hastanede yattığı ve %15,3'ünün ameliyat olduğu saptandı. Araştırma grubunun %79,1'inin evinde düşmeye yönelik önlem aldığı, bu önlemlerin %38,8'inin yürüme alanındaki eşyaları/kabloları sabitlemek, %22,9'unun kaygan zeminlere kaydırmaz materyal yaptırmak olduğu ve düşen hastaların %72,9'unun düştükten sonra düşme korkusu yaşadığı bulundu (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ve SF-12 Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (n=215)

Ölçekler	Ortalama±SS (min-maks.)	Ortanca (ÇAA)
NEI VFQ-25 Ölçeği		
Genel Sağlık	44,77±18,69 (0,00-100,00)	50,00 (25,00-50,00)
Genel Görme	51,35±16,67 (20,00-100,00)	40,00 (40,00-60,00)
Göz Ağrısı	81,51±22,5 (70,00-100,00)	87,50 (75,00-100,00)
Yakın Görme Aktiviteleri	75,93±24,82 (0,00-100,00)	83,33 (62,50-100,00)
Uzak Görme Aktiviteleri	80,67±20,31 (8,33-100,00)	83,33 (75,00-100,00)
Sosyal Faaliyetler	90,93±71,32 (12,50-100,00)	100,00 (87,50-100,00)
Ruhsal Sağlık	71,13±22,70 (6,25-100,00)	75,00 (56,25-93,75)
Rol Güçlükleri	70,06±29,32 (0,00-100,00)	75,00 (50,00-100,00)
Başkalarına Bağımlılık	78,53±25,03 (80,00-100,00)	83,33 (66,67-100,00)
Araba Kullanma	80,36±21,17 (0,00-100,00)	83,33 (66,67-100,00)
Renkli Görme	93,22±16,45 (25,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)
Periferik Görme	85,93±20,14 (25,00-100,00)	100,00 (75,00-100,00)
SF-12 Ölçeği		
Fiziksel Fonksiyon	65,00±35,99 (0,00-100,00)	75,00 (50,00-100,00)
Fiziksel Rol Güçlüğü	70,00±30,84 (0,00-100,00)	75,00 (50,00-100,00)
Ağrı	25,34±31,46 (0,00-100,00)	25,00 (0,00-50,00)
Genel Sağlık	65,09±14,91 (0,00-100,00)	60,00 (60,00-60,00)
Canlılık	43,72±28,41 (0,00-100,00)	50,00 (25,00-75,00)
Sosyal Fonksiyon	79,77±26,76 (0,00-100,00)	100,00 (50,00-100,00)
Emosyonel Rol Güçlüğü	74,07±29,04 (0,00-100,00)	75,00 (50,00-100,00)
Mental Sağlık	48,49±11,93 (12,50-100,00)	50,00 (37,50-50,00)
Fiziksel Özet Skor	41,48±6,37 (26,50-61,24)	41,93(36,85-45,57)
Mental Özet Skor	44,95±6,50 (22,57-66,63)	45,43(41,53-49,05)

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer, **ÇAA:** Çeyreklerarası aralık

Katarakt tanısı alan hastaların NEI-VFQ-25 Ölçeği'nin alt boyutları puan ortalamaları ve ortancaları sırası ile; genel sağlık 44,77±18,69 (min:0,00-maks:100,00), 50,00 (ÇAA=25,00-50,00), genel görme 51,35±16,67 (min:20,00-maks:100,00), 40,00 (ÇAA=40,00-60,00), göz ağrısı 81,51±22,50 (min:70,00-maks:100,00), 87,50 (ÇAA=75,00-100,00), yakın görme aktiviteleri 75,93±24,82 (min: 0,00-maks:100,00), 83,33 (ÇAA=62,50-100,00), uzak görme aktiviteleri 80,67±20,31 (min: 8,33-maks:100,00), 83,33 (ÇAA=75,00-100,00), sosyal faaliyetler 90,93±71,32 (min:12,50-maks:100,00), 100,00 (ÇAA=87,50-100,00), ruhsal sağlık 71,13±22,70 (min: 6,25-maks:100,00), 75,00 (ÇAA=56,25-93,75), rol güçlükleri 70,06±29,32 (min: 0,00-maks:100,00), 75,00 (ÇAA=50,00-100,00), başkalarına

bağımlılık $78,53 \pm 25,03$ (min: 80,00-maks:100,00), 83,33 (ÇAA=66,67-100,00), araba kullanma $80,36 \pm 21,17$ (min: 0,00-maks:100,00), 83,33 (ÇAA=66,67-100,00), renkli görme $93,22 \pm 16,45$ (min: 25,00-maks:100,00), 100,00 (ÇAA=100,00-100,00), periferik görme $85,93 \pm 20,14$ (min: 25,00-maks:100,00), 100,00 (ÇAA=75,00-100,00) olarak belirlendi (Tablo 6).

Katarakt tanısı alan bireylerin SF-12 alt boyut puan ortalamaları ve ortancaları sırası ile; fiziksel fonksiyon $65,00 \pm 35,99$ (min:0,00-maks:100,00), 75,00 (ÇAA=50,00-100,00), fiziksel rol güçlüğü $70,00 \pm 30,84$ (min: 0,00-maks:100,00), 75,00 (ÇAA=50,00-100,00), ağrı $25,34 \pm 31,46$ (min: 0,00-maks:100,00), 25,00 (ÇAA=0,00-50,00), genel sağlık $65,09 \pm 14,91$ (min: 0,00- maks:100,00), 60,00 (ÇAA=60,00-60,00), canlılık $43,72 \pm 28,41$ (min: 0,00-maks:100,00), 50,00 (ÇAA=25,00-75,00), sosyal fonksiyon $79,77 \pm 26,76$ (min: 0,00-maks:100,00), 100,00 (ÇAA=50,00-100,00), emosyonel rol güçlüğü $74,07 \pm 29,04$ (min: 0,00-maks:100,00), 75,00 (ÇAA=50,00-100,00), mental sağlık $48,49 \pm 11,93$ (min: 12,50-maks:100,00), 50,00 (ÇAA=37,50-50,00), fiziksel özet skor $41,48 \pm 6,37$ (min: 26,50-maks:61,24), 41,93 (ÇAA=36,85-45,57), mental özet skor $44,95 \pm 6,50$ (min: 22,57-maks:66,63), 45,43 (ÇAA=41,53-49,05) olarak belirlendi (Tablo 6).

Katarakt tanısı alan hastaların IPAQ puan ortalama ve ortancası sırası ile; fiziksel aktivite süresi (MET-dk/hf) $1152,98 \pm 3494,74$ (min:0,00-maks: 40740,00), 462,00 (ÇAA=198,00-1014,75), fiziksel aktivite yapılan gün sayısı (gün/hf) ortalaması $5,17 \pm 2,77$ (min:0,00-maks:14,00), ortancası 5,00 (ÇAA=3,00-7,00), oturma süresi (dk/gün) ortalaması $393,46 \pm 226,49$ (min:60,00-maks:1320,00), ortancası 360,00 (ÇAA=240,00-480,00) olarak saptandı. Hastaların %65,0'mın düşük düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlendi (Tablo 7).

Katarakt tanısı alan hastaların KATZ GYA ölçeği puan ortalaması $16,85 \pm 1,77$ (min:7,00-maks:18,00), puan ortancası 18,00 (ÇAA=16,00-18,00), Lawton GYA ölçeği puan ortalaması $20,05 \pm 3,74$ (min:8,00-maks:24,00), puan ortancası 21,00 (ÇAA=18,00-23,00) olarak saptandı. Araştırma grubunun Katz GYA ölçeğine göre %95,3'ünün bağımsız, Lawton EGYA ölçeği'ne göre ise %82,8'inin bağımsız olduğu belirlendi (Tablo 7).

Katarakt tanısı alan hastaların FES-I Düşme Etkinlik Ölçeği puan ortalaması $24,59 \pm 9,41$ (min:16,00-maks:63,00), ortancası 22,00 (ÇAA=18,00-27,00), Itaki Düşme Riski Ölçeği puan ortalaması $8,48 \pm 4,50$ (min:1,00-maks:21,00) ortancası

8,00 (ÇAA=7,00-10,00) olarak saptandı. Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeğine göre katarakt tanısı alan hastaların %34,9'unun düşme riski olduğu ve İtaki düşme riski ölçeğine göre %80'inin yüksek riskli olduğu bulundu (Tablo7).

Tablo 7. Hastaların Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Düşme Riski Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (n=215)

Uluslararası Aktivite Ölçeği	Fiziksel	Ortalama±SS (min-maks.)	Ortanca (ÇAA)
Fiziksel Aktivite Süresi (MET-dk/hf)		1152,98±3494,74 (0,00-40740,00)	462,00 (198,00-1014,75)
Fiziksel Aktivite Yapılan Gün Sayısı (gün/hf)		5,17±2,77 (0,00-14,00)	5,00(3,00-7,00)
Oturma Süresi (dk/gün)		393,46±226,49 (60,00-1320,00)	360,00 (240,00-480,00)
Fiziksel Aktivite		n	%
Orta düzey fiziksel aktivite		55	35,0
Düşük düzey fiziksel aktivite		102	65,0
		Ortalama±SS (min-maks)	Ortanca (ÇAA)
KATZ GYA Ölçeği		16,85±1,77 (7,00-18,00)	18,00 (16,00-18,00)
Lawton EGYA Ölçeği		20,05±3,74 (8,00-24,00)	21,00 (18,00-23,00)
		n	%
KATZ GYA Ölçeği Kategorik			
Yarı bağımlı		10	4,7
Bağımsız		205	95,3
LAWTON EGYA Ölçeği Kategorik			
Bağımlı		1	0,5
Yarı bağımlı		36	16,7
Bağımsız		178	82,8
		Ortalama±SS (min-maks)	Ortanca (ÇAA)
FES-I Ölçeği		24,59±9,41 (16,00-63,00)	22,00 (18,00-27,00)
FES-I Kategorik		n	%
Düşme riski yok		140	65,1
Düşme riski var		75	34,9
		Ortalama±SS (min-maks)	Ortanca (ÇAA)
İtaki Düşme Riski Ölçeği		8,48±4,50 (1,00-21,00)	8,00 (7,00-10,00)
İTAKİ Kategorik		n	%
Düşük Risk		43	20,0
Yüksek Risk		172	80,0

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer, **ÇAA:** Çeyreklerarası aralık, **FES-I:** Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği, **GYA:** Günlük Yaşam Aktiviteleri, **EGYA:** Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri.

6. 2. HASTALARIN NEI-VFQ-25 İLE SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK HİKAYESİNE İLİŞKİN DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8. Hastaların Yaş ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI_VFQ-25	Sıra	Ortanca(ÇAA)	Sıra	Ortanca(ÇAA)	z	P
	ort.		ort.			
	Yaş					
	68 ve altı (n=90)		69 ve üstü (n=125)			
Genel Sağlık	97,39	50,00 (25,00-50,00)	116,40	50,00 (50,00-50,00)	z=-2,532, p=0,011	
Genel Görme	101,27	40,00 (40,00-60,00)	113,33	60,00 (40,00-60,00)	z=-1,550, p=0,121	
Göz Ağrısı	98,02	87,50 (62,50-100,00)	115,90	100,00 (75,00-100,00)	z= -2,209, p=0,027	
Yakın Görme Aktiviteleri	105,50	83,33 (58,33-100,00)	106,41	79,17 (62,50-100,00)	z=-0,109 p=0,913	
Uzak Görme Aktiviteleri	106,04	83,33 (6,67-100,00)	108,57	83,33 (75,00-100,00)	z=-0,314 p=0,753	
Sosyal Faaliyetler	104,46	100,00 (87,50-100,00)	110,80	100,00 (87,50-100,00)	z=-0,910 p=0,363	
Ruhsal Sağlık	102,27	68,75 (56,25-87,50)	112,54	75,00 (56,25-93,75)	z=-1,207, p=0,227	
Rol Güçlükleri	109,47	75,00 (50,00-100,00)	106,84	75,00 (50,00-100,00)	z=-0,319, p=0,750	
Başkalarına Bağımlılık	111,59	91,66 (58,33-100,00)	105,15	83,33 (66,67-100,00)	z=-0,789, p=0,430	
Araba Kullanma	28,70	83,33 (75,00-91,67)	28,30	83,33 (66,67-97,91)	z=-0,092 p=0,927	
Renkli Görme	105,15	100,00 (100,00-100,00)	109,34	100,00 (100,00-100,00)	z=-0,755 p=0,450	
Periferik Görme	103,62	100,00 (75,00-100,00)	111,47	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,057 p=0,291	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Tablo 8'de katarakt tanısı alan hastaların yaş grubu ile NEI VFQ-25 ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; yaş grubu ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık (z=-2,532, p=0,011) ve göz ağrısı (z=-2,209, p=0,027) arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark saptandı. 69 yaş ve üstü olan hastaların genel sağlık ve göz ağrısı puanları yüksektir (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların Cinsiyet ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	z	P
	ort.		ort.			
	Cinsiyet					
	Kadın (n=105)		Erkek (n=110)			
Genel Sağlık	92,87	50,00 (25,00-50,00)	122,44	50,00 (50,00-50,00)	z=-3,966	p=0,000
Genel Görme	106,46	40,00 (40,00-60,00)	109,47	60,00 (40,00-60,00)	z=-0,390	p=0,696
Göz Ağrısı	99,52	87,50 (62,50-100,00)	116,10	100,00 (75,00-100,00)	z=-2,062	p=0,039
Yakın Görme Aktiviteleri	98,85	75,00 (58,33-100,00)	112,69	83,33 (66,77-100,00)	z=-1,669	p=0,095
Uzak Görme Aktiviteleri	96,65	83,33 (63,54-91,66)	117,75	91,67 (75,00-100,00)	z=-2,534	p=0,011
Sosyal Faaliyetler	98,30	100,00 (75,00-100,00)	117,26	100,00 (100,00-100,00)	z=-2,741	p=0,006
Ruhsal Sağlık	105,27	68,75 (56,25-90,62)	110,60	75,00 (56,25-93,75)	z= -0,631,	p=0,528
Rol Güçlükleri	100,48	75,00 (37,50-100,00)	115,18	75,00 (50,00-100,00)	z=-1,795,	p=0,073
Başkalarına Bağımlılık	99,80	83,33 (58,33-100,00)	115,83	91,67 (66,67-100,00)	z=-1,977,	p=0,048
Araba Kullanma	31,67	91,67 (58,33-100,00)	28,32	83,33 (70,83-91,67)	z=-0,353	p=0,724
Renkli Görme	102,17	100,00 (100,00-100,00)	112,64	100,00 (100,00-100,00)	z=-1,900	p=0,057
Periferik Görme	101,54	100,00 (75,00-100,00)	114,16	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,709	p=0,087

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Cinsiyet ile NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutlarından genel sağlık (z=-3,966 p=0,000), göz ağrısı (z=-2,062 p=0,039), uzak görme (z=-2,534 p=0,011), sosyal faaliyetler (z=-2,741 p=0,006) ve başkalarına bağımlılık (z=-1,977, p=0,048) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Erkek hastaların genel sağlık, göz ağrısı, uzak görme, sosyal faaliyetler ve başkalarına bağımlılık puanları kadın hastalardan daha yüksektir (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Eğitim Düzeyi ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Eğitim Düzeyi		z	P
		Ortanca(ÇAA)	Ortanca(ÇAA)		
		İlköğretim (n=186)	Lise ve üstü (n=29)		
Genel Sağlık	108,52	50,00 (25,00-50,00)	104,64 50,00 (25,00-50,00)	z=-0,356 p=0,722	
Genel Görme	106,35	40,00 (40,00-60,00)	118,55 60,00 (40,00-60,00)	z=-1,079 p=0,281	
Göz Ağrısı	105,73	87,50 (62,50-100,00)	122,53 100,00 (81,25-100,00)	z=-1,428 p=0,153	
Yakın Görme Aktiviteleri	103,16	83,33 (58,33-100,00)	123,81 91,66 (75,00-100,00)	z=-1,715 p=0,086	
Uzak Görme Aktiviteleri	104,42	83,33 (70,83-100,00)	127,17 91,66 (83,33-100,00)	z=-1,872 p=0,061	
Sosyal Faaliyetler	106,38	100,00 (87,50-100,00)	118,36 100,00 (100,00-100,00)	z=-1,183, p=0,237	
Ruhsal Sağlık	103,16	68,75 (50,00-87,50)	139,07 87,50 (75,00-93,75)	z=-2,905, p=0,004	
Rol Güçlükleri	102,59	75,00 (46,87-100,00)	142,72 100,00 (75,00-100,00)	z=-3,348, p=0,001	
Başkalarına Bağımlılık	102,04	83,33 (58,33-100,00)	146,24 100,00 (95,83-100,00)	z=-3,724, p=0,000	
Araba Kullanma	26,35	83,33 (66,67-91,67)	33,38 87,50 (83,33-100,00)	z=-1,591 p=0,112	
Renkli Görme	105,93	100,00 (100,00-100,00)	117,95 100,00 (100,00-100,00)	z=-1,471 p=0,141	
Periferik Görme	106,32	100,00 (75,00-100,00)	118,76 100,00 (75,00-100,00)	z=-1,151 p=0,250	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Eğitim düzeyi ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından ruhsal sağlık (z=-2,905, p=0,004), rol güçlükleri (z=-3,348, p=0,001) ve başkalarına bağımlılık (z=-3,724, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Eğitim düzeyi lise ve üstü olan hastaların ruhsal sağlık, rol güçlükleri ve başkalarına bağımlılık puanları ilköğretim mezunlarından daha yüksektir (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların Gelir Düzeyi ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	z	P
	Gelir Düzeyi					
	≥Ortalama (n=172)		<Ortalama (n=43)			
Genel Sağlık	112,48	50,00 (25,00-50,00)	90,09	50,00 (25,00-50,00)	z=-2,400	p=0,016
Genel Görme	112,14	40,00 (40,00-60,00)	91,43	40,00 (40,00-60,00)	z=-2,145	p=0,032
Göz Ağrısı	115,48	100,00 (75,00-100,00)	78,09	75,00 (50,00-100,00)	z=-3,720	p=0,000
Yakın Görme Aktiviteleri	108,38	83,33 (66,66-100,00)	95,83	75,00 (50,00-91,66)	z=-1,187	p=0,235
Uzak Görme Aktiviteleri	116,15	91,66 (75,00-100,00)	72,06	75,00 (56,25-83,33)	z=-4,209	p=0,000
Sosyal Faaliyetler	110,45	100,00 (87,50-100,00)	98,20	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,417	p=0,157
Ruhsal Sağlık	115,54	81,25 (56,25-93,75)	77,85	62,50 (50,00-75,00)	z= -3,569,	p=0,000
Rol Güçlükleri	115,93	75,00 (50,00-100,00)	76,27	50,00 (25,00-75,00)	z= -3,875,	p=0,000
Başkalarına Bağımlılık	116,15	95,83 (68,75-100,00)	75,40	66,67 (41,67-83,33)	z= -4,021,	p=0,000
Araba Kullanma	28,24	83,33 (70,83-91,67)	33,17	91,67 (66,66-100,00)	z=-0,519	p=0,603
Renkli Görme	108,49	100,00 (100,00-100,00)	103,5	100,00 (100,00-100,00)	z=-0,717	p=0,473
Periferik Görme	110,72	100,00 (100,00-100,00)	97,13	75,00 (75,00-100,00)	z=-1,472	p=0,141

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Gelir durumu ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık (z=-2,40 p=0,016), genel görme (z=-2,145 p=0,032), göz ağrısı (z=-3,720 p=0,000), uzak görme aktiviteleri (z=-4,209 p=0,000), ruhsal sağlık (z=-3,569, p=0,000), rol güçlükleri (z=-3,875, p=0,000) ve başkalarına bağımlılık (z=-4,021, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Ortalamanın üzerinde gelir durumuna sahip olan hastaların göz ağrısı, uzak görme aktiviteleri, ruhsal sağlık, rol güçlükleri ve başkalarına bağımlılık puanları daha yüksektir (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların Meslek Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra	Ortanca (CAA)	Sıra	Ortanca (CAA)	Sıra	Ortanca (CAA)	χ^2	p
	ort.		ort.		ort.			
	Meslek							
	Emekli (n=117)		Ev Hanımı (n=84)		Memur/işçi/serbest(n=14)			
Genel Sağlık	121,40	50,00(50,00-50,00)	89,14	50,00(25,00-50,00)	109,18	50,00(25,00-56,25)	$\chi^2=17,042, p=0,000$	
Genel Görme	114,22	60,00 (40,00-60,00)	101,96	40,00 (40,00-60,00)	92,25	40,00 (40,00-60,00)	$\chi^2=3,449, p=0,178$	
Göz Ağrısı	121,49	100,00(75,00-100,00)	93,29	81,25 (62,50-100,00)	83,54	75,00 (50,00-100,00)	$\chi^2=13,772, p=0,001$	
Yakın Görme Aktiviteleri	112,19	83,33 (66,66-100,00)	99,14	75,00 (50,00-100,00)	95,32	75,00(56,25-93,75)	$\chi^2=2,720, p=0,257$	
Uzak Görme Aktiviteleri	116,67	91,66(75,00-100,00)	93,60	83,33(62,50-91,67)	113,25	91,67(68,75-100,00)	$\chi^2=7,107, p=0,029$	
Sosyal Faaliyetler	117,04	100,00(100,00-100,00)	96,66	100,00(75,00-100,00)	100,50	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=8,219, p=0,016$	
Ruhsal Sağlık	114,24	75,00(56,25-93,75)	100,76	68,75(51,56-87,50)	99,29	75,00(46,87-82,81)	$\chi^2=2,616 p=0,270$	
Rol Güçlükleri	117,00	75,00(50,00-100,00)	93,96	62,50(37,50-100,00)	117,04	75,00(62,50-100,00)	$\chi^2=7,540, p=0,023$	
Başkalarına Bağımlılık	116,47	91,67(66,67-100,00)	95,70	75,00(58,33-100,00)	111,07	91,67(64,58-100,00)	$\chi^2=6,007, p=0,050$	
Araba Kullanma	28,78	83,33(66,67-97,91)	6,00	58,33(58,33-58,33)	29,79	83,33(83,33-91,67)	$\chi^2=2,039, p=0,361$	
Renkli Görme	113,19	100,00(100,00-100,00)	101,48	100,00(100,00-100,00)	96,46	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=5,235, p=0,073$	
Periferik Görme	112,50	100,00(75,00-100,00)	101,33	100,00(75,00-100,00)	110,46	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=2,112, p=0,348$	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, CAA: Çeyreklerarası aralık, χ^2 : Kruskal Wallis testi

Meslek ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık ($\chi^2=17.042$, $p=0,000$), göz ağrısı ($\chi^2=13,772$, $p=0,001$), uzak görme aktiviteleri ($\chi^2=7,107$, $p=0,029$), sosyal faaliyetler ($\chi^2=8,219$ $p=0,016$) ve rol güçlükleri ($\chi^2=7,540$, $p=0,023$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Emekli olan hastaların genel sağlık, göz ağrısı, uzak görme aktiviteleri ve sosyal faaliyetler puanları ev hanımı ve memur/işçi/serbest mesleği olanlardan daha yüksektir. Memur/işçi/serbest mesleği olan hastaların rol güçlükleri puanı emekli ve ev hanımı olanlardan daha yüksektir (Tablo 12).

Yaşadığı yer ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından yakın görme aktiviteleri ($\chi^2=6,083$ $p=0,048$), uzak görme aktiviteleri ($\chi^2=6,523$ $p=0,038$), sosyal faaliyetler ($\chi^2=8,353$ $p=0,015$) ve başkalarına bağımlılık ($\chi^2=7,076$ $p=0,029$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. İlde yaşayan hastaların yakın görme aktiviteleri, uzak görme aktiviteleri, sosyal faaliyetler ve başkalarına bağımlılık puanları ilçe ve köy/kasabada yaşayan hastaların puanlarına göre daha yüksektir (Tablo 13).

Fiziksel aktivite ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık ($\chi^2=19,981$ $p=0,000$), göz ağrısı ($\chi^2=10,432$ $p=0,005$), uzak görme aktiviteleri ($\chi^2=8,434$ $p=0,015$), sosyal faaliyetler ($\chi^2=12,496$ $p=0,002$), ruhsal sağlık ($\chi^2=15,460$, $p=0,000$), rol güçlükleri ($\chi^2=13,999$ $p=0,001$), başkalarına bağımlılık ($\chi^2=15,023$, $p=0,001$), renkli görme ($\chi^2=9,329$ $p=0,009$) ve periferik görme ($\chi^2=9,713$ $p=0,008$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Sık sık fiziksel aktivitede bulunan hastaların göz ağrısı, uzak görme aktiviteleri, sosyal faaliyetler, ruhsal sağlık, rol güçlükleri, başkalarına bağımlılık, renkli görme ve periferik görme puanları hiç fiziksel aktivitede bulunmayan ve ara sıra fiziksel aktivitede bulunan hastaların puanlarından daha yüksektir (Tablo 14).

Tablo 13. Hastaların Yaşanılan Yer ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	χ^2	p
	ort.		ort.		ort.			
	Yaşanan Yer							
	İl (n=64)		İlçe (n=100)		Köy/kasaba (n=51)			
Genel Sağlık	103,68	50,00(25,00-50,00)	112,08	50,00(31,25-50,00)	105,42	50,00 (25,00-50,00)	$\chi^2=1,071$, p=0,585	
Genel Görme	115,57	60,00(40,00-60,00)	98,60	40,00(40,00-60,00)	116,94	60,00(40,00-60,00)	$\chi^2=5,175$, p=0,075	
Göz Ağrısı	116,73	100,00(75,00-100,00)	103,54	87,50(62,50-100,00)	105,79	87,50(62,50-100,00)	$\chi^2=2,047$, p=0,359	
Yakın Görme Aktiviteleri	121,69	91,66(72,91-100,00)	100,70	83,33(58,33-91,66)	97,11	75,00(58,33-91,66)	$\chi^2=6,083$, p=0,048	
Uzak Görme Aktiviteleri	123,23	91,66(75,00-100,00)	103,13	83,33(75,00-91,66)	96,25	83,33(62,50-91,66)	$\chi^2=6,523$, p=0,038	
Sosyal Faaliyetler	116,77	100,00(100,00-100,00)	111,28	100,00(87,50-100,00)	90,57	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=8,353$, p=0,015	
Ruhsal Sağlık	117,70	78,12(56,25-93,75)	105,14	68,75(56,25-87,50)	101,43	68,75(43,75-93,75)	$\chi^2=2,358$, p=0,308	
Rol Güçlükleri	118,64	87,50(50,00-100,00)	103,42	75,00(40,62-100,00)	103,64	75,00(50,00-100,00)	$\chi^2=2,862$, p=0,239	
Başkalarına Bağımlılık	122,97	100,00(77,08-100,00)	105,60	83,33(60,41-100,00)	93,93	75,00(50,00-100,00)	$\chi^2=7,076$ p=0,029	
Araba Kullanma	34,31	91,67(83,33-100,00)	25,90	83,33(66,67-91,67)	22,80	83,33(64,58-91,67)	$\chi^2=4,702$, p=0,095	
Renkli Görme	113,21	100,00(100,00-100,00)	109,53	100,00(100,00-100,00)	96,47	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=5,336$, p=0,069	
Periferik Görme	111,96	100,00(75,00-100,00)	109,43	100,00(75,00-100,00)	100,25	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=1,453$, p=0,484	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, χ^2 : Kruskal Wallis testi

Tablo 14. Hastaların Fiziksel Aktivite ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	χ^2	p
	ort.		ort.		ort.			
Fiziksel Aktivite								
	Hiçbir zaman (n=76)			Ara sıra (n=33)		Sık sık (n=106)		
Genel Sağlık	95,98	50,00(25,00-50,00)	83,17	50,00(25,00-50,00)	124,35	50,00(50,00-50,00)	$\chi^2=19,981$, p=0,000	
Genel Görme	100,34	40,00(40,00-60,00)	108,68	40,00(40,00-60,00)	113,28	40,00(40,00-60,00)	$\chi^2=2,316$, p=0,314	
Göz Ağrısı	100,41	87,50(62,50-100,00)	86,06	75,00(50,00-100,00)	120,27	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=10,432$, p=0,005	
Yakın Görme Aktiviteleri	95,29	75,00(50,00-100,00)	99,88	83,33(52,08-91,66)	115,41	83,33(66,66-100,00)	$\chi^2=5,239$, p=0,073	
Uzak Görme Aktiviteleri	105,13	83,33(66,67-100,00)	82,18	83,33(60,41-89,58)	117,06	91,66(75,00-100,00)	$\chi^2=8,434$, p=0,015	
Sosyal Faaliyetler	98,74	100,00(87,50-100,00)	90,48	100,00(75,00-100,00)	120,09	100,00(100,00-00,00)	$\chi^2=12,496$, p=0,002	
Ruhsal Sağlık	107,18	75,00(56,25-93,75)	71,45	56,25(37,50-71,87)	119,96	81,25(62,50-93,75)	$\chi^2=15,460$, p=0,000	
Rol Güçlükleri	97,91	75,00(37,50-100,00)	83,68	50,00(25,00-87,50)	122,80	87,50(62,50-100,00)	$\chi^2=13,999$, p=0,001	
Başkalarına Bağımlılık	102,43	83,33(58,33-100,00)	77,24	66,67(41,67-95,83)	121,57	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=15,023$, p=0,001	
Araba Kullanma	28,73	83,33(66,67-100,00)	17,88	70,83(60,41-87,50)	29,51	83,33(83,33-91,67)	$\chi^2=1,924$, p=0,382	
Renkli Görme	102,81	100,00(100,00-100,00)	92,95	100,00(75,00-100,00)	115,34	100,00(100,00-00,00)	$\chi^2=9,329$, p=0,009	
Periferik Görme	109,83	100,00(75,00-100,00)	81,53	75,00(62,50-100,00)	114,93	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=9,713$, p=0,008	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, χ^2 : Kruskal Wallis testi

Tablo 15. Hastaların Daha Önce Hastalık Geçirme Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p
	Daha Önce Önemli Bir Hastalık Geçirme Durumu					
	Evet (n=122)			Hayır (n=93)		
Genel Sağlık	95,08	50,00 (25,00-50,00)	124,95	50,00 (50,00-50,00)	z=-3,971	p=0,000
Genel Görme	107,35	40,00 (40,00-60,00)	108,85	40,00 (40,00-60,00)	z=-0,193,	p=0,847
Göz Ağrısı	101,79	87,50 (62,50-100,00)	116,15	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,769,	p=0,077
Yakın Görme Aktiviteleri	97,35	75,00 (58,33-91,67)	117,19	85,41 (66,66-100,00)	z=-2,374,	p=0,018
Uzak Görme Aktiviteleri	100,73	83,33 (66,67-91,67)	116,31	87,50 (75,00-100,00)	z=-1,855,	p=0,064
Sosyal Faaliyetler	105,39	100,00 (87,50-100,00)	111,43	100,00 (87,50-100,00)	z=-0,866,	p=0,387
Ruhsal Sağlık	100,88	68,75 (54,68-87,50)	117,34	75,00 (56,25-93,75)	z=-1,932,	p=0,053
Rol Güçlükleri	103,87	75,00 (50,00-100,00)	113,41	75,00 (50,00-100,00)	z=-1,154,	p=0,248
Başkalarına Bağımlılık	103,57	83,33 (58,33-100,00)	113,81	100,00 (66,67-100,00)	z=-1,250,	p=0,211
Araba Kullanma	27,73	83,33 (66,67-91,67)	29,52	83,33 (75,00-91,67)	z=-0,414,	p=0,679
Renkli Görme	105,39	100,00 (75,00-100,00)	110,25	100,00 (100,00-100,00)	z=-0,874,	p=0,382
Periferik Görme	104,64	100,00 (75,00-100,00)	112,41	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,043,	p=0,297

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Tablo 15'de önemli hastalık geçirme durumu ile NEI VFQ-25 ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; daha önce bir hastalık geçirme durumu ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık (z=-3,971, p=0,000) ve yakın görme aktiviteleri (z=-2,374, p=0,018) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Daha önce herhangi bir hastalık geçiren hastaların genel sağlık ve yakın görme aktiviteleri puanları hastalık geçirmeyen hastaların puanlarından daha düşüktür (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların Kalp Hastalığı Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	z	p
	Kalp Hastalığı					
	Evet (n=67)		Hayır(n=148)			
Genel Sağlık	101,28	50,00 (25,00-50,00)	111,04	50,00 (25,00-50,00)	z=-1,214,	p=0,225
Genel Görme	109,30	40,00 (40,00-60,00)	107,41	40,00 (40,00-60,00)	z=-0,226,	p=0,821
Göz Ağrısı	109,93	87,50 (75,00-100,00)	107,13	87,50 (65,62-100,00)	z=-0,324	p=0,746
Yakın Görme Aktiviteleri	92,44	75,00 (58,33-91,67)	112,04	83,33 (66,67-100,00)	z=-2,183,	p=0,029
Uzak Görme Aktiviteleri	100,22	83,33 (66,67-100,00)	110,82	87,50 (75,00-100,00)	z=-1,182,	p=0,237
Sosyal Faaliyetler	101,67	100,00 (75,00-100,00)	110,86	100,00 (87,50-100,00)	z=-1,231,	p=0,218
Ruhsal Sağlık	104,75	68,75 (56,25-87,50)	109,47	75,00 (56,25-93,75)	z=-0,517	p=0,605
Rol Güçlükleri	102,51	75,00 (37,50-100,00)	110,48	75,00 (50,00-100,00)	z=-0,901,	p=0,367
Başkalarına Bağlılık	100,19	75,00 (58,33-100,00)	111,53	91,67 (66,67-100,00)	z=-1,295,	p=0,195
Araba Kullanma	20,62	66,66 (58,33-91,67)	30,88	83,33 (83,33-91,67)	z=-2,028,	p=0,043
Renkli Görme	96,12	100,00 (75,00- 100,00)	112,57	100,00 (75,00- 100,00)	z=-2,758,	p=0,006
Periferik Görme	102,17	100,00 (75,00- 100,00)	110,64	100,00 (75,00- 100,00)	z=-1,062,	p=0,288

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Kronik hastalıklardan kalp hastalığı ile NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutlarından yakın görme aktiviteleri (z=-2,183 p=0,029), araba kullanma (z=-2,028, p=0,043) ve renkli görme (z=-2,758 p=0,006) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Kalp hastalığı olmayan hastaların yakın görme aktiviteleri, araba kullanma ve renkli görme puanları, kalp hastalığı olan hastaların ise yakın görme aktiviteleri puanlarından daha yüksektir (Tablo 16).

Tablo 17. Hastaların Hipertansiyon Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p		
							Hipertansiyon	
							Evet (n=121)	Hayır (n=94)
Genel Sağlık	100,26	50,00 (25,00-50,00)	117,96	50,00 (50,00-50,00)	z=-2,356,	p=0,018		
Genel Görme	108,06	40,00 (40,00-60,00)	107,92	40,00 (40,00-60,00)	z=-0,018,	p=0,985		
Göz Ağrısı	106,43	87,50 (62,50-100,00)	110,02	87,50 (75,00-100,00)	z=-0,443,	p=0,658		
Yakın Görme Aktiviteleri	104,65	83,33 (60,41-100,00)	107,68	83,33 (65,62-100,00)	z=-0,362	p=0,717		
Uzak Görme Aktiviteleri	100,84	83,33 (68,75-97,91)	116,00	91,67 (75,00-100,00)	z=-1,808,	p=0,071		
Sosyal Faaliyetler	105,67	100,00 (87,50-100,00)	111,01	100,00 (87,50-100,00)	z=-0,766	p=0,444		
Ruhsal Sağlık	105,47	68,75 (56,25-93,75)	111,26	75,00 (56,25-93,75)	z=-0,679	p=0,497		
Rol Güçlükleri	102,76	75,00 (37,50-100,00)	114,74	75,00 (50,00-100,00)	z=-1,451	p=0,147		
Başkalarına Bağımlılık	99,74	83,33 (58,33-100,00)	118,63	100,00 (66,67-100,00)	z=-2,310	p=0,021		
Araba Kullanma	29,19	83,33 (66,67-100,00)	28,09	83,33 (75,00-91,67)	z=-0,250	p=0,802		
Renkli Görme	106,35	100,00 (100,00-100,00)	108,96	100,00 (100,00-100,00)	z=-0,470	p=0,638		
Periferik Görme	103,50	100,00 (75,0-100,00)	113,79	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,382	p=0,167		

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Hipertansiyon ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık (z=-2,356 p=0,018) ve başkalarına bağımlılık (z=-2,310 p=0,021) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Hipertansiyonu olmayan hastaların genel sağlık ve başkalarına bağımlılık puanları hipertansiyonu olan hastaların bağımlılık puanlarından daha yüksek bulundu (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların Yüksek Kolesterol Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	z	p
	Yüksek Kolesterol					
	Evet (n=26)			Hayır (n=189)		
Genel Sağlık	81,35	50,00 (25,00-50,00)	111,67	50,00 (50,00-50,00)	z=-2,653,	p=0,008
Genel Görme	94,90	40,00 (40,00-60,00)	109,80	40,00 (40,00-60,00)	z=-1,258,	p=0,208
Göz Ağrısı	100,06	87,50 (62,50-100,00)	109,09	87,50 (75,00-100,00)	z=-0,733,	p=0,464
Yakın Görme Aktiviteleri	69,54	83,33 (60,41-100,00)	111,12	83,33 (65,62-100,00)	z=-3,297,	p=0,001
Uzak Görme Aktiviteleri	66,96	83,33 (68,75-97,91)	113,11	91,67 (75,00-100,00)	z=-3,623,	p=0,000
Sosyal Faaliyetler	82,87	100,00 (87,50-100,00)	111,46	100,00 (87,50-100,00)	z=-2,695,	p=0,007
Ruhsal Sağlık	83,21	65,62 (37,5-82,81)	111,41	75,00 (56,25-93,75)	z=-2,177,	p=0,029
Rol Güçlükleri	84,87	62,50 (25,00-81,25)	111,81	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,095,	p=0,036
Başkalarına Bağımlılık	83,52	75,00 (47,91-93,75)	111,37	91,67 (66,67-100,00)	z=-2,239,	p=0,025
Araba Kullanma	24,50	79,17 (66,67-91,67)	28,65	83,33 (72,91-91,67)	z=-0,360,	p=0,719
Renkli Görme	91,96	100,00 (75,00-100,00)	109,65	100,00 (100,00-100,00)	z=-2,097,	p=0,036
Periferik Görme	78,10	75,00 (50,00-100,00)	112,11	100,00 (75,00-100,00)	z=-3,004,	p=0,003

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Yüksek kolesterol ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık (z=-2,653, p=0,008), yakın görme aktiviteleri (z=-3,297, p=0,001), uzak görme aktiviteleri (z=-3,623, p=0,000), sosyal faaliyetler (z=-2,695, p=0,007), ruhsal sağlık (z=-2,177, p=0,029), rol güçlükleri (z=-2,095, p=0,036), başkalarına bağımlılık (z=-2,239, p=0,025), renkli görme (z=-2,097, p=0,036) ve periferik görme (z=-3,004, p=0,003) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kolesterolü yüksek olan hastaların yakın görme aktiviteleri, uzak görme aktiviteleri, sosyal faaliyetler, ruhsal sağlık, rol güçlükleri, başkalarına bağımlılık, renkli görme ve periferik görme puanları kolesterolü düşük olan hastaların puanlarından daha düşüktür (Tablo 18).

Tablo 19. Hastaların Böbrek Hastalığı Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	z	p
	ort.		ort.			
	Böbrek Hastalığı					
	Evet (n=16)		Hayır (n=199)			
Genel Sağlık	82,16	25,00 (25,00-50,00)	110,08	50,00 (25,00-50,00)	z=-1,966,	p=0,049
Genel Görme	92,25	40,00 (40,00-55,00)	109,27	40,00 (40,00-60,00)	z=-1,157,	p=0,247
Göz Ağrısı	78,88	75,00 (62,50-87,50)	110,34	87,50 (75,00-100,00)	z=-2,055,	p=0,040
Yakın Görme Aktiviteleri	68,09	60,41 (43,75-75,00)	109,11	83,33 (66,67-100,00)	z=-2,619,	p=0,009
Uzak Görme Aktiviteleri	82,50	75,00 (53,12-90,62)	109,52	87,50 (75,00-100,00)	z=-1,708,	p=0,088
Sosyal Faaliyetler	88,63	93,75 (78,12-100,00)	109,56	100,00 (87,50-100,00)	z=-1,588,	p=0,112
Ruhsal Sağlık	76,81	56,25 (37,05-85,93)	110,51	75,00 (56,25-93,75)	z=-2,094,	p=0,036
Rol Güçlükleri	78,19	37,50 (25,00-96,87)	110,40	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,064,	p=0,039
Başkalarına Bağımlılık	97,50	75,00 (43,75-100,00)	108,84	83,33 (66,67-100,00)	z=-0,734,	p=0,463
Araba Kullanma	16,00	66,67 (54,16-85,41)	29,46	83,33 (75,00-91,67)	z=-1,622,	p=0,105
Renkli Görme	87,97	100,00 (50,00-100,00)	108,97	100,00 (100,00-100,00)	z=-1,947,	p=0,052
Periferik Görme	77,88	75,00 (50,00-100,00)	110,42	100,00 (75,00-100,00)	z=-2,314,	p=0,021

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Böbrek hastalığı olma durumu ile NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık (z=-1,966, p=0,049), göz ağrısı (z=-2,055, p=0,040), yakın görme aktiviteleri (z=-2,619, p=0,009), ruhsal sağlık (z=-2,094, p=0,036), rol güçlükleri (z=-2,064, p=0,039) ve periferik görme (z=-2,314, p=0,021) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Böbrek hastalığı olmayanların genel sağlık, göz ağrısı, yakın görme aktiviteleri, ruhsal sağlık, rol güçlükleri ve periferik görme puanları böbrek hastalığı olanlardan daha yüksektir (Tablo 19).

Tablo 20. Hastaların Daha Önce Düşme Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	z	P
	Daha Önce Düşme Durumu					
	Evet (n=59)		Hayır (n=156)			
Genel Sağlık	90,96	50,00 (25,00-50,00)	114,45	50,00 (50,00-50,00)	z=-2,812,	p=0,005
Genel Görme	93,89	40,00 (40,00-60,00)	113,34	40,00 (40,00-60,00)	z=-2,247,	p=0,025
Göz Ağrısı	95,64	75,00 (62,5-100,00)	112,67	87,50 (75,00-100,00)	z=-1,891,	p=0,059
Yakın Görme Aktiviteleri	83,79	75,00 (45,83-91,66)	114,22	83,33 (66,67-100,00)	z=-3,260,	p=0,001
Uzak Görme Aktiviteleri	79,22	75,00 (50,00-91,67)	118,26	91,67 (75,00-100,00)	z=-4,193,	p=0,000
Sosyal Faaliyetler	98,35	100,00 (87,50-100,00)	111,65	100,00 (87,50-100,00)	z=-1,716,	p=0,086
Ruhsal Sağlık	94,97	68,75 (50,00-87,50)	112,93	75,00 (56,25-93,75)	z=-1,898,	p=0,058
Rol Güçlükleri	89,53	50,00 (25,00-100,00)	114,99	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,775,	p=0,006
Başkalarına Bağımlılık	89,06	75,00 (41,67-100,00)	115,16	91,67 (66,67-100,00)	z=-2,873,	p=0,004
Araba Kullanma	20,86	66,67 (50,00-91,67)	30,37	83,33 (75,00-91,67)	z=-1,767,	p=0,077
Renkli Görme	91,78	100,00 (75,00-100,00)	113,34	100,00 (100,00-100,00)	z=-3,478,	p=0,001
Periferik Görme	100,34	100,00 (75,00-100,00)	110,90	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,276,	p=0,202

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Tablo 20'de hastaların daha önce düşme durumları ile NEI VFQ-25 ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; genel sağlık (z=-2,812, p=0,005), genel görme (z=-2,247, p=0,025), yakın görme aktiviteleri (z=-3,260, p=0,001), uzak görme aktiviteleri (z=-4,193, p=0,000), rol güçlükleri (z=-2,775, p=0,006), başkalarına bağımlılık (z=-2,873, p=0,004) ve renkli görme (z=-3,478, p=0,001) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Daha önce düşenlerin genel sağlık, genel görme, yakın görme aktiviteleri, uzak görme aktiviteleri, rol güçlükleri ve başkalarına bağımlılık puanları daha önce düşmeyen hastaların puanlarından daha düşüktür (Tablo 20).

Tablo 21. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ile KATZ GYA Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	z	p
	KATZ GYA Ölçeği					
	Yarı Bağımlı (n=59)		Bağımsız (n=156)			
Genel Sağlık	70,40	25,00 (25,00-50,00)	109,83	50,00 (50,00-50,00)	z=-2,228,	p=0,026
Genel Görme	66,30	40,00 (40,00-60,00)	110,03	40,00 (40,00-60,00)	z=-2,385,	p=0,017
Göz Ağrısı	100,50	81,25 (68,75-100,00)	108,37	87,50 (68,75-100,00)	z=-0,412,	p=0,680
Yakın Görme Aktiviteleri	38,89	50,00 (29,17-66,67)	108,99	83,33 (66,67-100,00)	z=-3,417,	p=0,001
Uzak Görme Aktiviteleri	40,40	58,33 (34,37-75,00)	110,79	87,50 (75,00-100,00)	z=-3,570,	p=0,000
Sosyal Faaliyetler	54,70	62,50 (37,50-100,00)	110,60	100,00 (87,50-100,00)	z=-3,403,	p=0,001
Ruhsal Sağlık	56,85	43,75 (31,25-71,87)	110,50	75,00 (56,25-93,75)	z=-2,675,	p=0,007
Rol Güçlükleri	28,50	25,00 (25,00-25,00)	111,88	75,00 (50,00-100,00)	z=-4,288,	p=0,000
Başkalarına Bağımlılık	42,75	41,67 (33,33-75,00)	111,18	91,67 (66,67-100,00)	z=-3,554,	p=0,000
Araba Kullanma	10,50	66,67 (66,67-66,67)	28,83	83,33 (75,00-91,67)	z=-1,136,	p=0,256
Renkli Görme	25,25	50,00 (50,00-75,00)	111,53	100,00 (100,00-100,00)	z=-6,610,	p=0,000
Periferik Görme	36,80	50,00 (43,75-75,00)	111,47	100,00 (75,00-100,00)	z=-4,259,	p=0,000

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

KATZ GYA ölçeği ile NEI VFQ-25 ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; genel sağlık (z=-2,228, p=0,026), genel görme (z=-2,385, p=0,017), yakın görme aktiviteleri (z=-3,417, p=0,001), uzak görme aktiviteleri (z=-3,570, p=0,000), sosyal faaliyetler (z=-3,403, p=0,001), ruhsal sağlık (z=-2,675, p=0,007), rol güçlükleri (z=-4,288, p=0,000), başkalarına bağımlılık (z=-3,554, p=0,000), renkli görme (z=-6,610, p=0,000) ve periferik görme (z=-4,259, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Bağımsız olan hastaların genel sağlık, genel görme, yakın görme aktiviteleri, uzak görme aktiviteleri, sosyal

faaliyetler, ruhsal sağlık, rol g¼c¼l¼kleri, başkalarına bağımlılık, renkli g¼rme ve periferik g¼rme puanları yarı bağımlı hastaların puanlarından daha y¼ksektir (Tablo 21).

Lawton EGYA ¼lçeđi ile NEI VFQ-25 ¼lçeđi alt boyut puanları karşılaştırıldığında; genel sağlık ($\chi^2=21,285$, $p=0,000$), genel g¼rme ($\chi^2=8,038$, $p=0,018$), g¼z ağrısı ($\chi^2=13,597$, $p=0,001$), yakın g¼rme aktiviteleri ($\chi^2=25,361$, $p=0,000$), uzak g¼rme aktiviteleri ($\chi^2=32,555$, $p=0,000$), sosyal faaliyetler ($\chi^2=38,534$, $p=0,000$), ruhsal sağlık ($\chi^2=19,720$, $p=0,000$), rol g¼c¼l¼kleri ($\chi^2=37,712$, $p=0,000$), başkalarına bağımlılık ($\chi^2=41,006$, $p=0,000$), araba kullanma ($\chi^2=7,138$, $p=0,008$), renkli g¼rme ($\chi^2=53,170$, $p=0,000$) ve periferik g¼rme ($\chi^2=31,973$, $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Bağımsız olan hastaların genel sağlık, genel g¼rme, g¼z ağrısı, yakın g¼rme aktiviteleri, uzak g¼rme aktiviteleri, sosyal faaliyetler, ruhsal sağlık, rol g¼c¼l¼kleri, başkalarına bağımlılık, araba kullanma, renkli g¼rme ve periferik g¼rme puanları bağımlı ya da yarı bağımlı hastaların puanlarından y¼ksektir (Tablo 22).

Tablo 22. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ile Lawton EGYA Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	χ^2	p
	LAWTON EGYA Ölçeği							
	Bağımlı (n=1)		Yarı Bağımlı (n=36)		Bağımsız (n=178)			
Genel Sağlık	37,00	25,00(25,00-25,00)	71,57	25,00(25,00-50,00)	115,77	50,00(50,00-50,00)	$\chi^2=21,285$, p=0,000	
Genel Görme	63,00	40,00(40,00-40,00)	84,79	40,00(40,00-60,00)	112,95	40,00(40,00-60,00)	$\chi^2=8,038$, p=0,018	
Göz Ağrısı	28,50	50,00(50,00-50,00)	77,64	75,00(40,62-87,50)	114,59	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=13,597$, p=0,001	
Yakın Görme Aktiviteleri	82,50	75,00(75,00-75,00)	58,65	54,17(25,00-75,00)	115,28	83,33(68,75-100,00)	$\chi^2=25,361$, p=0,000	
Uzak Görme Aktiviteleri	66,50	75,00(75,00-75,00)	54,40	58,33(37,50-83,33)	118,17	91,67(75,00-100,00)	$\chi^2=32,555$, p=0,000	
Sosyal Faaliyetler	141,00	100,00(100,00-100,00)	60,25	81,25(53,12-100,00)	117,47	100,00(100,00-100,00)	$\chi^2=38,534$, p=0,000	
Ruhsal Sağlık	11,50	31,25(31,25-31,25)	69,32	56,25(37,50-73,43)	116,37	75,00(62,50-93,75)	$\chi^2=19,720$, p=0,000	
Rol Güçlükleri	3,50	12,50(12,50-12,50)	54,75	31,25(25,00-59,37)	119,36	75,00(50,00-100,00)	$\chi^2=37,712$, p=0,000	
Başkalarına Bağımlılık	15,50	33,33(33,33-33,33)	52,31	58,33(33,33-72,92)	119,78	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=41,006$, p=0,000	
Araba Kullanma	-	-	4,50	0,00(0,00-66,67)	29,86	83,33(75,00-91,67)	$\chi^2=7,138$, p=0,008	
Renkli Görme	11,50	50,00(50,00-50,00)	65,76	75,00(50,00-100,00)	116,53	100,00(100,00-100,00)	$\chi^2=53,170$, p=0,000	
Periferik Görme	58,00	75,00(75,00-75,00)	62,33	62,50(50,00-100,00)	117,52	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=31,973$, p=0,000	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, χ^2 : Kruskal Wallis testi, EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

Tablo 23. Hastaların Fiziksel Aktivite Durumu ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	z	p
	Fiziksel Aktivite					
	Orta Düzeyde Fiziksel Aktivite (n=55)			Düşük Düzeyde Fiziksel Aktivite (n=102)		
Genel Sağlık	91,20	50,00 (50,00-100,00)	72,42	50,00 (25,00-50,00)	z=-2,837,	p=0,005
Genel Görme	80,55	40,00 (40,00-60,00)	78,16	40,00 (40,00-60,00)	z=-0,345,	p=0,730
Göz Ağrısı	86,02	100,00 (75,00-100,00)	75,22	87,50 (62,50-100,00)	z=-1,518,	p=0,129
Yakın Görme Aktiviteleri	81,33	83,33 (66,67-100,00)	75,37	83,33 (66,67-100,00)	z=-0,806,	p=0,420
Uzak Görme Aktiviteleri	92,93	91,67 (83,33-100,00)	71,49	83,33 (72,91-91,67)	z=-2,868,	p=0,004
Sosyal Faaliyetler	86,63	100,00 (100,00-100,00)	74,89	100,00 (87,50-100,00)	z=-1,984,	p=0,047
Ruhsal Sağlık	86,75	81,25 (68,75-93,75)	74,82	75,00 (56,25-87,50)	z=-1,575,	p=0,115
Rol Güçlükleri	89,51	75,00 (75,00-100,00)	73,33	75,00 (46,87-100,00)	z=-2,214,	p=0,027
Başkalarına Bağımlılık	93,05	100,00 (75,00-100,00)	71,42	83,33 (64,58-100,00)	z=-3,005,	p=0,003
Araba Kullanma	25,05	83,33 (83,33-91,67)	24,14	83,33 (66,67-100,00)	z=-0,226,	p=0,821
Renkli Görme	82,45	100,00 (100,00-100,00)	76,35	100,00 (100,00-100,00)	z=-1,418,	p=0,156
Periferik Görme	83,45	100,00 (75,00-100,00)	76,60	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,067,	p=0,286

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Fiziksel aktivite ölçeği ile NEI VFQ-25 ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; genel sağlık (z=-2,837, p=0,005), uzak görme aktiviteleri (z=-2,868, p=0,004), sosyal faaliyetler (z=-1,984, p=0,047), rol güçlükleri (z=-2,214, p=0,027) ve başkalarına bağımlılık (z=-3,005, p=0,003) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Orta düzeyde fiziksel aktivite yapanların genel sağlık, uzak görme aktiviteleri, sosyal faaliyetler, rol güçlükleri ve başkalarına bağımlılık puanları düşük düzeyde fiziksel aktivite yapanlardan daha yüksektir (Tablo 23).

Tablo 24. Hastaların FES-I Ölçeği ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	z	p		
							FES-I Kategorik	
							Düşme Riski Yok (n=140)	Düşme Riski Var (n=75)
Genel Sağlık	119,66	50,00 (50,00-50,00)	86,23	50,00 (25,00-50,00)	z=-4,276,	p=0,000		
Genel Görme	116,89	60,00 (40,00-60,00)	91,40	40,00 (40,00-60,00)	z=-3,146,	p=0,002		
Göz Ağrısı	123,18	100,00 (75,00-100,00)	79,67	75,00 (50,00-100,00)	z=-5,158,	p=0,000		
Yakın Görme Aktiviteleri	121,22	91,67 (75,00-100,00)	76,61	66,67 (50,00-83,33)	z=-5,103,	p=0,000		
Uzak Görme Aktiviteleri	128,20	91,67 (83,33-100,00)	68,34	75,00 (50,00-83,33)	z=-6,842,	p=0,000		
Sosyal Faaliyetler	123,26	100,00 (100,00-100,00)	79,52	87,50 (75,00-100,00)	z=-6,026,	p=0,000		
Ruhsal Sağlık	130,75	81,25 (68,75-93,75)	65,54	56,25 (37,50-68,75)	z=-7,358,	p=0,000		
Rol Güçlükleri	128,45	100,00 (62,50-100,00)	69,83	50,00 (25,00-75,00)	z=-6,822,	p=0,000		
Başkalarına Bağımlılık	136,14	100,00 (83,33-100,00)	55,48	58,33 (33,33-75,00)	z=-9,481,	p=0,000		
Araba Kullanma	30,49	83,33 (77,08-91,6)	16,56	58,33 (10,42-91,67)	z=-2,280,	p=0,023		
Renkli Görme	118,11	100,00 (100,00-100,00)	87,42	100,00 (75,00-100,00)	z=-5,299	p=0,000		
Periferik Görme	126,35	100,00 (100,00-100,00)	73,74	75,00 (50,00-100,00)	z=-6,792,	p=0,000		

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

FES-I düşme riski ölçeği ile NEI VFQ-25 ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; genel sağlık (z=-4,276, p=0,000), genel görme (z=-3,146, p=0,002), göz ağrısı (z=-5,158, p=0,000), yakın görme aktiviteleri (z=-5,103, p=0,000), uzak görme aktiviteleri (z=-6,842, p=0,000), sosyal faaliyetler (z=-6,026, p=0,000), ruhsal sağlık (z=-7,358, p=0,000), rol güçlükleri (z=-6,822 p=0,000), başkalarına bağımlılık (z=-9,481, p=0,000), araba kullanma (z=-2,280, p=0,023), renkli görme (z=-5,299, p=0,000) ve periferik görme (z=-6,792, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Düşme riski olmayanların genel sağlık, genel görme, göz ağrısı, yakın görme aktiviteleri, uzak görme aktiviteleri, sosyal

faaliyetler, ruhsal sağlık, rol güçlükleri, başkalarına bağımlılık, araba kullanma, renkli görme ve periferik görme puanları yüksektir (Tablo 24).

Tablo 25. Hastaların İTAKİ Düşme Riski Ölçeği ile NEI VFQ-25 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

NEI VFQ-25	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	z	p
	İTAKİ Düşme Riski					
	Düşük Risk (n=43)		Yüksek Risk (n=168)			
Genel Sağlık	127,72	50,00 (50,00-50,00)	103,70	50,00 (25,00-50,00)	z=-2,646,	p=0,008
Genel Görme	113,16	40,00 (40,00-60,00)	106,71	40,00 (40,00-60,00)	z=-0,668,	p=0,504
Göz Ağrısı	108,62	87,50 (62,50-100,00)	107,85	87,50 (75,00-100,00)	z=-0,07,	p=0,939
Yakın Görme Aktiviteleri	121,05	87,50 (75,00-100,00)	102,15	75,00 (58,33-100,00)	z=-1,86,	p=0,066
Uzak Görme Aktiviteleri	124,43	91,67 (83,33-100,00)	103,24	83,33 (75,00-100,00)	z=-2,040,	p=0,041
Sosyal Faaliyetler	115,80	100,00 (100,00-100,00)	106,05	100,00 (87,50-100,00)	z=-1,128,	p=0,259
Ruhsal Sağlık	115,93	81,25 (56,25-93,75)	106,02	75,00 (56,25-87,50)	z=-0,939,	p=0,348
Rol Güçlükleri	115,02	75,00 (50,00-100,00)	106,24	75,00 (50,00-100,00)	z=-0,858,	p=0,391
Başkalarına Bağımlılık	126,78	100,00 (75,00-100,00)	103,31	83,33 (58,33-100,00)	z=-2,316,	p=0,021
Araba Kullanma	28,10	83,33 (75,00-91,67)	28,74	83,33 (66,67-100,00)	z=-0,147,	p=0,883
Renkli Görme	108,48	100,00 (100,00-100,00)	107,25	100,00 (100,00-100,00)	z=-0,178,	p=0,859
Periferik Görme	120,70	100,00 (75,00-100,00)	104,83	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,720,	p=0,085

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

İTAKİ düşme riski ölçeği ile NEI VFQ-25 ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; genel sağlık (z=-2,646, p=0,008), uzak görme aktiviteleri (z=-2,040, p=0,041) ve başkalarına bağımlılık (z=-2,316, p=0,021) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Düşme riski düşük olanların genel sağlık, uzak görme aktiviteleri ve başkalarına bağımlılık puanları yüksektir (Tablo 25).

Tablo 26. Hastaların Cinsiyeti ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Cinsiyet		Ortanca (ÇAA)	z	p
		Kadın (n=105)	Erkek (n=110)			
		Fiziksel Fonksiyon	92,52			
Fiziksel Rol Güçlüğü	96,00	75,00 (25,00-100,00)	119,45	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,885, p=0,004	
Ağrı	125,63	25,00 (0,00-75,00)	91,17	0,00 (0,00-25,00)	z=-4,369, p=0,000	
Genel Sağlık	112,61	60,00 (60,00-72,50)	103,60	60,00 (60,00-60,00)	z=-1,421, p=0,155	
Canlılık	119,99	50,00 (25,00-75,00)	96,55	25,00 (25,00-50,00)	z=-2,858, p=0,004	
Sosyal Fonksiyon	100,20	100,00 (50,00-100,00)	115,45	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,995, p=0,046	
Emosyonel Rol Güçlüğü	95,39	75,00 (50,00-100,00)	120,04	100,00 (50,00-100,00)	z=-3,069, p=0,002	
Mental Sağlık	99,41	50,00 (37,5-50,00)	116,20	50,00 (50,00-50,00)	z=-2,176, p=0,030	
Fiziksel Özet Skor	107,41	40,92 (36,05-46,23)	108,56	41,94 (37,30-44,61)	z=-0,135, p=0,893	
Mental Özet Skor	98,62	44,71 (39,83-47,91)	116,95	46,88 (43,48-49,45)	z=-2,159, p=0,031	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Cinsiyet ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($z=-3,758$ $p=0,000$), fiziksel rol güçlüğü ($z=-2,885$ $p=0,004$), ağrı ($z=-4,369$ $p=0,000$), canlılık ($z=-2,858$, $p=0,004$), sosyal fonksiyon ($z=-1,995$, $p=0,046$), emosyonel rol güçlüğü ($z=-3,069$, $p=0,002$), mental sağlık ($z=-2,176$, $p=0,030$) ve mental özet skor ($z=-2,159$ $p=0,031$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Kadın hastaların ağrı ve canlılık puanları yüksek, erkek hastaların ise fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık ve mental özet skor puanları yüksektir (Tablo 26).

Tablo 27. Hastaların Eğitim Düzeyi ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Eğitim düzeyi		z	p	
		Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.			Ortanca (ÇAA)
		İlköğretim (n=186)	Lise ve Üzeri (n=29)			Lise ve Üzeri (n=29)
Fiziksel Fonksiyon	104,34	50,00 (50,00-100,00)	131,48	100,00 (62,50-100,00)	z=-2,305, p=0,021	
Fiziksel Rol Güçlüğü	104,12	75,00 (50,00-100,00)	132,90	100,00 (62,50-100,00)	z=-2,419, p=0,016	
Ağrı	111,85	25,00 (0,00-50,00)	83,31	0,00 (0,00-25,00)	z=-2,473, p=0,013	
Genel Sağlık	106,41	60,00 (60,00-60,00)	118,17	60,00 (60,00-85,00)	z=-1,267, p=0,205	
Canlılık	111,52	50,00 (25,00-75,00)	85,43	25,00 (25,00-50,00)	z=-1,872, p=0,061	
Sosyal Fonksiyon	105,99	100,00 (87,50-100,00)	120,91	100,00 (100,00-100,00)	z=-1,335, p=0,182	
Emosyonel Rol Güçlüğü	104,76	68,75 (50,00-87,50)	128,76	87,50 (75,00-93,75)	z=-2,041, p=0,041	
Mental Sağlık	109,59	75,00 (46,87-100,00)	97,83	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,041, p=0,298	
Fiziksel Özet Skor	104,56	83,33 (58,33-100,00)	130,07	100,00 (95,83-100,00)	z=-2,054, p=0,040	
Mental Özet Skor	108,09	83,33 (66,67-91,67)	107,41	87,50 (83,33-100,00)	z=-0,055, p=0,956	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Eğitim ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-2,305, p=0,021), fiziksel rol güçlüğü (z=-2,419, p=0,016), ağrı (z=-2,473, p=0,013), emosyonel rol güçlüğü (z=-2,041, p=0,041) ve fiziksel özet skor (z=-2,054, p=0,040) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Eğitim düzeyi ilköğretim olan hastaların ağrı puanları yüksek, lise ve üzeri olan hastaların ise fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel özet skor puanları yüksektir (Tablo 27).

Tablo 28. Hastaların Gelir Düzeyi ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)		z	p
		Sıra ort.	Sıra ort.		
		Gelir Düzeyi			
		≥Ortalama (n=172)	<Ortalama (n=43)		
Fiziksel Fonksiyon	115,82	75,00 (50,00-100,00)	76,71 (25,00-50,00)	z=-3,889, p=0,000	
Fiziksel Rol Güçlüğü	117,42	75,00 (50,00-100,00)	70,33 (25,00-75,00)	z=-4,635, p=0,000	
Ağrı	101,90	0,00 (0,00-25,00)	132,40 (0,00-75,00)	z=-3,095, p=0,002	
Genel Sağlık	107,07	60,00 (60,00-60,00)	111,72 (60,00-60,00)	z=-0,587, p=0,557	
Canlılık	101,83	37,50 (25,00-50,00)	132,67 (25,00-75,00)	z=-3,010, p=0,003	
Sosyal Fonksiyon	114,96	100,00 (75,00-100,00)	80,15 (50,00-100,00)	z=-3,646, p=0,000	
Emosyonel Rol Güçlüğü	117,96	100,00 (50,00-100,00)	68,15 (25,00-75,00)	z=-4,961, p=0,000	
Mental Sağlık	108,74	50,00 (37,50-50,00)	105,05 (37,50-50,00)	z=-0,383, p=0,702	
Fiziksel Özet Skor	111,45	42,27 (37,12-45,68)	94,19 (36,47-43,96)	z=-1,628, p=0,104	
Mental Özet Skor	113,91	46,10 (42,17-49,50)	84,35 (36,33-47,39)	z=-2,787, p=0,005	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Gelir düzeyi ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-3,889, p=0,000), fiziksel rol güçlüğü (z=-4,635, p=0,000), ağrı (z=-3,095, p=0,002), canlılık (z=-3,010, p=0,003), sosyal fonksiyon (z=-3,646, p=0,000), emosyonel rol güçlüğü (z=-4,961, p=0,000), ve mental özet skor (z=-2,787, p=0,005) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Gelir düzeyi ortalamasının üstünde olanların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve mental özet skor puanları yüksekken, ortalamasının altında olanların ağrı ve canlılık puanları yüksektir (Tablo 28).

Tablo 29. Hastaların Meslekleri ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	χ^2	p
	ort.		ort.		ort.			
	Meslek							
	Emekli (n=117)		Ev Hanımı (n=84)		Memur/işçi/serbest(n=14)			
Fiziksel Fonksiyon	117,78	75,00(50,00-100,00)	91,18	50,00(25,00-100,00)	127,18	100,00(50,00-100,00)	$\chi^2=11,519$, p=0,003	
Fiziksel Rol Güçlüğü	116,46	75,00(50,00-100,00)	93,55	62,50(25,00-100,00)	124,00	100,00(50,00-100,00)	$\chi^2=8,302$, p=0,016	
Ağrı	92,54	0,00(0,00-25,00)	129,09	25,00(0,00-75,00)	110,64	0,00(0,00-81,25)	$\chi^2=19,582$, p=0,000	
Genel Sağlık	102,55	60,00(60,00-60,00)	114,17	60,00(60,00-85,00)	116,57	60,00(60,00-85,00)	$\chi^2=3,565$, p=0,168	
Canlılık	95,47	25,00(25,00-50,00)	123,63	50,00(25,00-75,00)	118,89	37,50(25,00-100,00)	$\chi^2=11,221$, p=0,004	
Sosyal Fonksiyon	115,67	100,00(75,00-100,00)	98,14	75,00(50,00-100,00)	103,11	87,50(68,75-100,00)	$\chi^2=4,905$, p=0,086	
Emosyonel Rol Güçlüğü	118,58	100,00(50,00-100,00)	91,56	75,00(50,00-100,00)	118,25	100,00(50,00-100,00)	$\chi^2=10,745$, p=0,005	
Mental Sağlık	113,17	50,00(43,75-50,00)	97,29	50,00(37,5-50,00)	129,07	50,00(46,87-62,50)	$\chi^2=5,935$, p=0,051	
Fiziksel Özet Skor	105,48	41,83(37,15-44,96)	108,29	40,77(36,16-46,64)	127,29	42,75(40,35-47,87)	$\chi^2=1,539$, p=0,463	
Mental Özet Skor	116,50	46,56(43,47-49,24)	94,74	44,54(39,48-47,67)	116,50	47,76(36,75-50,76)	$\chi^2=6,261$, p=0,044	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, χ^2 : Kruskal Wallis testi

Meslek ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($\chi^2=11,519$, $p=0,003$), fiziksel rol güçlüğü ($\chi^2=8,302$, $p=0,016$), ağrı ($\chi^2=19,582$, $p=0,000$), canlılık ($\chi^2=11,221$, $p=0,004$), emosyonel rol güçlüğü ($\chi^2=10,745$, $p=0,005$) ve mental özet skor ($\chi^2=6,261$, $p=0,044$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Emekli olan hastaların emosyonel rol güçlüğü ve mental özet skor puanı yüksek, ev hanımı olan hastaların ağrı ve canlılık puanı yüksek iken, serbest meslek/işçi/memur olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve mental özet skor puanı yüksektir (Tablo 29).

Fiziksel aktivite ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($\chi^2=23,518$, $p=0,000$), fiziksel rol güçlüğü ($\chi^2=23,581$, $p=0,000$), ağrı ($\chi^2=18,115$, $p=0,000$), canlılık ($\chi^2=34,352$, $p=0,000$), sosyal fonksiyon ($\chi^2=13,592$, $p=0,001$) ve emosyonel rol güçlüğü ($\chi^2=17,142$, $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayanların ağrı ve canlılık puanları yüksek, sık sık fiziksel aktivite yapanların ise fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon puanları yüksektir (Tablo 30).

Tablo 30. Hastaların Fiziksel Aktivite Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	Sıra	Ortanca (ÇAA)	χ^2	p
	ort.		ort.		ort.			
	Fiziksel Aktivite							
	Hiçbir Zaman (n=76)		Ara Sıra (n=33)		Sık Sık (n=106)			
Fiziksel Fonksiyon	94,24	50,00(25,00-100,00)	78,41	50,00(12,50-75,00)	127,08	100,00(50,00-100,00)	$\chi^2=23,518$	p=0,000
Fiziksel Rol Güçlüğü	93,64	68,75(25,00-100,00)	78,77	50,00(25,00-87,50)	127,40	100,00(59,37-100,00)	$\chi^2=23,581$	p=0,000
Ağrı	125,83	25,00(0,00-75,00)	121,38	25,00(0,00-62,50)	91,05	0,00(0,00-25,00)	$\chi^2=18,115$	p=0,000
Genel Sağlık	108,84	60,00(60,00-60,00)	118,06	60,00(60,00-85,00)	104,26	60,00(60,00-60,00)	$\chi^2=2,256$	p=0,324
Canlılık	136,09	50,00(25,00-75,00)	119,58	50,00(25,00-75,00)	84,26	25,00(25,00-75,00)	$\chi^2=34,352$	p=0,000
Sosyal Fonksiyon	96,22	75,00(50,00-100,00)	89,79	75,00(50,00-100,00)	122,12	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=13,592$	p=0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	98,37	75,00(50,00-100,00)	79,77	50,00(25,00-93,75)	123,69	100,00(71,87-100,00)	$\chi^2=17,142$	p=0,000
Mental Sağlık	103,88	50,00(37,5-50,00)	102,05	50,00(37,5-50,00)	112,81	50,00(50,00-50,00)	$\chi^2=1,534$	p=0,464
Fiziksel Özet Skor	104,57	41,12(36,88-45,83)	88,92	39,23(35,55-43,53)	116,40	43,25(37,28-45,72)	$\chi^2=5,265$	p=0,072
Mental Özet Skor	107,57	44,87(40,24-49,08)	95,14	45,25(36,74-47,66)	112,31	46,05(42,83-49,14)	$\chi^2=1,924$	p=0,382

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, χ^2 : Kruskal Wallis testi

Tablo 31. Hastaların Daha Önce Hastalık Geçirme Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p
	Daha Önce Önemli Bir Hastalık Geçirme Durumu					
	Evet (n=122)			Hayır (n=93)		
Fiziksel Fonksiyon	93,28	50,00 (25,00-100,00)	127,31	100,00 (50,00-100,00)	z=-4,190, p=0,000	
Fiziksel Rol Güçlüğü	94,95	75,00 (25,00-100,00)	125,12	100,00 (50,00-100,00)	z=-3,679, p=0,000	
Ağrı	114,84	25,00 (0,00-50,00)	99,03	0,00 (0,00-37,50)	z=-1,988, p=0,047	
Genel Sağlık	111,78	60,00 (60,00-60,00)	103,04	60,00 (60,00-60,00)	z=-1,365, p=0,172	
Canlılık	117,18	50,00 (25,00-75,00)	95,96	25,00 (25,00-50,00)	z=-2,564, p=0,010	
Sosyal Fonksiyon	99,44	87,50 (50,00-100,00)	119,23	100,00 (75,00-100,00)	z=-2,568, p=0,010	
Emosyonel Rol Güçlüğü	93,61	75,00 (50,00-100,00)	126,88	100,00 (62,50-100,00)	z=-4,103, p=0,000	
Mental Sağlık	106,89	50,00 (37,50-50,00)	109,45	50,00 (37,50-50,00)	z=-0,329, p=0,743	
Fiziksel Özet Skor	99,88	40,82 (36,37-44,92)	118,66	42,88 (37,74-46,41)	z=-2,193, p=0,028	
Mental Özet Skor	101,57	45,06 (39,91-48,25)	116,43	46,44 (43,47-50,04)	z=-1,735, p=0,083	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Daha önce önemli bir hastalık geçirme durumu ile SF-12 ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-4,190, p=0,000), fiziksel rol güçlüğü (z=-3,679, p=0,000), ağrı (z=-1,988, p=0,047), canlılık (z=-2,564, p=0,010), sosyal fonksiyon (z=-2,568, p=0,010), emosyonel rol güçlüğü (z=-4,103, p=0,000) ve fiziksel özet skor (z=-2,193, p=0,028) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Daha önce önemli bir hastalık geçiren hastaların ağrı ve canlılık puanları yüksek, daha önce önemli bir hastalık geçirmeyen hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve fiziksel özet skor puanı yüksektir (Tablo 31).

Tablo 32. Hastaların Kalp Hastalığı Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p
	Kalp Hastalığı					
	Evet (n=67)			Hayır (n=148)		
Fiziksel Fonksiyon	94,92	50,00 (25,00-100,00)	113,92	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,188,	p=0,029
Fiziksel Rol Güçlüğü	92,94	62,50 (25,00-100,00)	114,82	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,493,	p=0,013
Ağrı	115,21	25,00 (0,00-50,00)	104,74	0,00 (0,00-25,00)	z=-1,231,	p=0,218
Genel Sağlık	110,66	60,00 (60,00-60,00)	106,79	60,00 (60,00-60,00)	z=-0,566,	p=0,572
Canlılık	116,40	50,00 (25,00-75,00)	104,20	50,00 (25,00-50,00)	z=-1,378,	p=0,168
Sosyal Fonksiyon	96,08	75,00 (50,00-100,00)	113,40	100,00 (75,00-100,00)	z=-2,100,	p=0,036
Emosyonel Rol Güçlüğü	96,60	75,00 (50,00-100,00)	113,16	87,50 (50,00-100,00)	z=-1,910,	p=0,056
Mental Sağlık	110,47	50,00 (37,50-50,00)	106,88	50,00 (37,50-50,00)	z=-0,431,	p=0,667
Fiziksel Özet Skor	97,78	40,92 (36,08-44,25)	112,63	42,47 (37,24-46,15)	z=-1,620	,p=0,105
Mental Özet Skor	102,25	44,73 (40,51-48,81)	110,60	45,81 (41,75-49,05)	z=-0,913,	p=0,361

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Kalp hastalığı ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-2,188 p=0,029), fiziksel rol güçlüğü (z=-2,493, p=0,013) ve sosyal fonksiyon (z=-2,100, p=0,036) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Kalp hastalığı olmayan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon puanları kalp hastalığı olan hastalardan yüksektir (Tablo 32).

Tablo 33. Hastaların Hipertansiyon Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)		Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p
		Hipertansiyon					
		Evete (n=121)	Hayır(n=94)				
Fiziksel Fonksiyon	94,56	50,00 (25,00-100,00)		125,30	100,00 (50,00-100,00)	z=-3,791, p=0,000	
Fiziksel Rol Güçlüğü	98,83	75,00 (25,00-100,00)		119,80	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,560, p=0,010	
Ağrı	116,14	25,00 (0,00-50,00)		97,52	0,00 (0,00-25,00)	z=-2,344, p=0,019	
Genel Sağlık	111,10	60,00 (60,00-60,00)		104,01	60,00 (60,00-60,00)	z=-1,111, p=0,267	
Canlılık	118,16	50,00 (25,00-50,00)		94,93	25,00(25,00-50,00)	z=-2,811, p=0,005	
Sosyal Fonksiyon	102,11	100,00 (50,00-100,00)		115,58	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,749, p=0,080	
Emosyonel Rol Güçlüğü	99,40	75,00 (50,00-100,00)		119,06	100,00 (50,00-100,00)	z=-2,428, p=0,015	
Mental Sağlık	105,35	50,00 (37,50-50,00)		111,41	50,00 (37,50-50,00)	z=-0,779, p=0,436	
Fiziksel Özet Skor	100,60	40,73 (36,05-45,11)		117,53	43,24 (38,65-45,59)	z=-1,980, p=0,048	
Mental Özet Skor	106,21	45,21 (40,03-49,05)		110,31	45,87 (42,17-48,75)	z=-0,480, p=0,631	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Hipertansiyon ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-3,791, p=0,000), fiziksel rol güçlüğü (z=-2,560, p=0,010), ağrı (z=-2,344, p=0,019), canlılık (z=-2,811, p=0,005), emosyonel rol güçlüğü (z=-2,428, p=0,015) ve fiziksel özet skor (z=-1,980 p=0,048) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Hipertansiyonu olan hastaların ağrı ve canlılık puanı yüksek iken, hipertansiyonu olmayan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel özet skor puanları yüksektir (Tablo 33).

Tablo 34. Hastaların Yüksek Kolesterol Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p
	Yüksek Kolesterol					
	Evet (n=26)		Hayır (n=189)			
Fiziksel Fonksiyon	78,37	50,00 (0,00-100,00)	112,08	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,732,	p=0,006
Fiziksel Rol Güçlüğü	87,21	68,75 (25,00-100,00)	110,86	75,00 (50,00-100,00)	z=-1,897,	p=0,058
Ağrı	108,54	0,00 (0,00-75,00)	107,93	25,00 (0,00-50,00)	z=-0,051,	p=0,960
Genel Sağlık	125,58	60,00 (60,00-85,00)	105,58	60,00 (60,00-85,00)	z=-2,057,	p=0,040
Canlılık	129,13	50,00 (25,00-81,25)	105,09	50,00 (25,00-62,50)	z=-1,912,	p=0,056
Sosyal Fonksiyon	91,54	75,00 (43,75-100,00)	110,26	100,00 (50,00-100,00)	z=-1,599,	p=0,110
Emosyonel Rol Güçlüğü	76,98	62,50 (25,00-90,62)	112,27	87,50 (50,00-100,00)	z=-2,865,	p=0,004
Mental Sağlık	101,56	50,00 (50,00-100,00)	108,89	50,00 (50,00-100,00)	z=-0,619,	p=0,536
Fiziksel Özet Skor	92,83	40,16 (35,39-44,30)	110,09	42,25 (37,15-45,57)	z=-1,327,	p=0,185
Mental Özet Skor	91,44	44,72 (36,10-47,73)	110,28	45,71 (41,58-49,24)	z=-1,448,	p=0,148

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Yüksek kolesterol ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-2,732, p=0,006), genel sağlık (z=-2,057, p=0,040) ve emosyonel rol güçlüğü (z=-2,865, p=0,004) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Kolesterolü yüksek olan hastaların genel sağlık puanı yüksektir. Kolesterolü yüksek olmayan hastaların fiziksel fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puanı yüksektir (Tablo 34).

Tablo 35. Hastaların Böbrek Hastalığı Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Böbrek Hastalığı		z	p	
		Ortanca(ÇAA)	Sıra ort.			Ortanca(ÇAA)
		Evet (n=16)	Hayır (n=199)			
Fiziksel Fonksiyon	69,91	12,50 (0,00-100,00)	111,06	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,685, p=0,007	
Fiziksel Rol Güçlüğü	73,91	37,50 (25,00-93,75)	110,74	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,379, p=0,017	
Ağrı	118,88	25,00 (0,00-43,75)	107,13	0,00 (0,00-50,00)	z=-0,782, p=0,434	
Genel Sağlık	147,31	85,00 (60,00-85,00)	104,84	60,00 (60,00-60,00)	z=-3,517, p=0,000	
Canlılık	134,19	75,00 (25,00-75,00)	105,89	50,00 (25,00-50,00)	z=-1,811, p=0,070	
Sosyal Fonksiyon	83,41	75,00 (50,00-100,00)	109,98	100,00 (50,00-100,00)	z=-1,826, p=0,068	
Emosyonel Rol Güçlüğü	80,28	50,00 (25,00-100,00)	110,23	75,00 (50,00-100,00)	z=-1,957, p=0,050	
Mental Sağlık	122,50	50,00 (50,00-50,00)	106,83	50,00 (37,50-50,00)	z=-1,066, p=0,287	
Fiziksel Özet Skor	75,25	37,80 (31,99-43,33)	110,63	42,28 (37,09-45,57)	z=-2,189, p=0,029	
Mental Özet Skor	111,69	45,42 (43,44-48,30)	107,70	45,42 (41,26-49,06)	z=-0,246, p=0,805	

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Böbrek hastalığı ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-2,685, p=0,007), fiziksel rol güçlüğü (z=-2,379, p=0,017), genel sağlık (z=-3,517, p=0,000) ve fiziksel özet skor (z=-2,189, p=0,029) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Böbrek hastalığı olan hastaların genel sağlık puanları yüksektir. Böbrek hastalığı olmayan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel özet skor puanı yüksektir (Tablo 35).

Tablo 36. Hastaların Diyabet Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)		Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p
		Diyabet					
		Evet (n=114)	Hayır (n=101)				
Fiziksel Fonksiyon	96,40	50,00 (25,00-100,00)	121,09	100,00 (50,00-100,00)	z=-3,063, p=0,002		
Fiziksel Rol Güçlüğü	101,97	75,00 (25,00-100,00)	114,80	75,00 (50,00-100,00)	z=-1,575, p=0,115		
Ağrı	114,94	25,00 (0,00-50,00)	100,17	0,00 (0,00-25,00)	z=-1,870, p=0,061		
Genel sağlık	108,74	60,00 (60,00-60,00)	107,17	60,00 (60,00-60,00)	z=-0,247, p=0,805		
Canlılık	117,10	50,00 (25,00-75,00)	97,73	25,00 (25,00-50,00)	z=-2,357, p=0,018		
Sosyal Fonksiyon	102,64	100,00 (50,00-100,00)	114,05	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,491, p=0,136		
Emosyonel Rol Güçlüğü	103,60	75,00 (50,00-100,00)	112,97	87,50 (50,00-100,00)	z=-1,165, p=0,244		
Mental Sağlık	102,15	50,00 (37,50-50,00)	114,60	50,00 (37,50-50,00)	z=-1,610, p=0,107		
Fiziksel Özet Skor	103,32	40,84 (36,45-45,31)	113,29	42,42 (37,15-45,65)	z=-1,173, p=0,241		
Mental Özet Skor	107,26	45,36 (40,93-48,87)	108,83	45,59 (41,89-49,22)	z=-0,185, p=0,854		

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Diyabet ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-3,063, p=0,002) ve canlılık (z=-2,357, p=0,018) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diyabeti olan hastaların canlılık puanları yüksek, diyabeti olmayanların fiziksel fonksiyon puanları yüksektir (Tablo 36).

Tablo 37. Hastaların Daha Önce Düşme Durumu ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)		Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p
		Daha Önce Düşme Durumu					
		Evet (n=59)	Hayır (n=156)				
Fiziksel Fonksiyon	85,46	50,00 (0,00-100,00)	116,53	75,00 (50,00-100,00)	z=-3,446, p=0,001		
Fiziksel Rol Güçlüğü	85,97	50,00 (25,00-100,00)	116,33	75,00 (50,00-100,00)	z=-3,333, p=0,001		
Ağrı	122,51	25,00 (0,00-75,00)	102,51	0,00 (0,00-25,00)	z=-2,264, p=0,024		
Genel Sağlık	122,27	60,00 (60,00-85,00)	102,60	60,00 (60,00-60,00)	z=-2,769, p=0,006		
Canlılık	120,08	50,00 (25,00-75,00)	103,43	50,00 (25,00-50,00)	z=-1,812, p=0,070		
Sosyal Fonksiyon	91,25	75,00 (50,00-100,00)	114,34	100,00 (75,00-100,00)	z=-2,698, p=0,007		
Emosyonel Rol Güçlüğü	86,14	50,00 (25,00-100,00)	116,27	87,50 (50,00-100,00)	z=-3,348 p=0,001		
Mental Sağlık	102,42	50,00 (37,50-50,00)	110,11	50,00 (37,50-50,00)	z=-0,890, p=0,373		
Fiziksel Özet Skor	97,49	40,76 (36,06-43,96)	111,97	42,47 (37,24-45,68)	z=-1,523, p=0,128		
Mental Özet Skor	97,76	45,21 (37,51-48,64)	111,87	45,56 (42,17-49,08)	z=-1,484, p=0,138		

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

Daha önce düşme durumu ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-3,446, p=0,001), fiziksel rol güçlüğü (z=-3,333, p=0,001), ağrı (z=-2,264, p=0,024), genel sağlık (z=-2,769, p=0,006), sosyal fonksiyon (z=-2,698, p=0,007) ve emosyonel rol güçlüğü (z=-3,348, p=0,001) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Daha önce düşen hastaların ağrı ve genel sağlık puanları yüksek, daha önce düşmeyen hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon puanları yüksektir (Tablo 37).

Tablo 38. Hastaların KATZ GYA Ölçeği ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p		
							KATZ GYA Ölçeği	
							Yarı bağımlı (n=10)	Bağımsız (n=205)
Fiziksel Fonksiyon	45,90	0,00 (0,00-25,00)	111,03	75,00 (50,00-100,00)	z=-3,409,	p=0,001		
Fiziksel Rol Güçlüğü	54,00	25,00 (18,75-62,50)	110,63	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,935,	p=0,003		
Ağrı	131,15	25,00 (18,75-56,25)	106,87	0,00 (0,00-50,00)	z=-1,297,	p=0,195		
Genel Sağlık	153,80	85,00 (60,00-100,00)	105,77	60,00 (60,00-60,00)	z=-3,191,	p=0,001		
Canlılık	143,95	62,50 (43,75-75,00)	106,25	50,00 (25,00-62,50)	z=-1,937,	p=0,053		
Sosyal Fonksiyon	64,20	62,50 (25,00-81,25)	110,14	100,00 (50,00-100,00)	z=-2,533,	p=0,011		
Emosyonel Rol Güçlüğü	42,55	25,00 (25,00-56,25)	111,19	87,50 (50,00-100,00)	z=-3,599,	p=0,000		
Mental Sağlık	115,40	50,00 (46,87-53,12)	107,64	50,00 (37,50-50,00)	z=-0,424	p=0,672		
Fiziksel Özet Skor	69,35	35,32 (30,53-42,81)	109,89	42,29 (37,05-45,57)	z=-2,012,	p=0,044		
Mental Özet Skor	85,35	44,40 (38,29-47,80)	109,10	45,59 (41,55-49,07)	z=-1,179,	p=0,238		

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

KATZ GYA ölçeği ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-3,409, p=0,001), fiziksel rol güçlüğü (z=-2,935, p=0,003), genel sağlık (z=-3,191, p=0,001), sosyal fonksiyon (z=-2,533, p=0,011), emosyonel rol güçlüğü (z=-3,599, p=0,000) ve fiziksel özet skor (z=-2,012, p=0,044) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Yarı bağımlı hastaların genel sağlık puanları yüksek, bağımsız olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve rol emosyonel güçlüğü, sosyal fonksiyon ve fiziksel özet skor puanları yüksektir (Tablo 38).

Tablo 39. Hastaların LAWTON EGYA Ölçeği ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	LAWTON EGYA Ölçeği			χ^2	p
			Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	Sıra ort.		
		LAWTON EGYA Ölçeği					
		Bağımlı (n=1)	Yarı Bağımlı (n=36)	Bağımsız (n=178)			
Fiziksel Fonksiyon	15,00	0,00(0,00-0,00)	51,47	12,50(0,00-50,00)	119,96	75,00(50,00-100,00)	$\chi^2=42,849$, p=0,000
Fiziksel Rol Güçlüğü	3,50	0,00(0,00-0,00)	52,36	25,00(25,00-50,00)	119,84	81,25(50,00-100,00)	$\chi^2=41,483$, p=0,000
Ağrı	191,00	75,00(75,00-75,00)	149,82	50,00(25,00-75,00)	99,08	0,00(0,00-25,00)	$\chi^2=25,153$, p=0,000
Genel Sağlık	211,00	100,00(100,00-100,00)	134,89	60,00(60,00-85,00)	101,98	60,00(60,00-60,00)	$\chi^2=19,943$, p=0,000
Canlılık	64,00	25,00(25,00-25,00)	152,31	75,00(50,00-75,00)	99,29	25,00(25,00-50,00)	$\chi^2=23,835$, p=0,000
Sosyal Fonksiyon	2,50	0,00(0,00-0,00)	56,93	50,00(31,25-75,00)	118,92	100,00(75,00-100,00)	$\chi^2=40,259$, p=0,000
Emosyonel Rol Güçlüğü	18,50	25,00(25,00-25,00)	54,79	50,00(25,00-75,00)	119,26	100,00(59,37-100,00)	$\chi^2=38,210$, p=0,000
Mental Sağlık	1,50	12,50(12,50-12,50)	114,25	50,00(50,00-50,00)	107,33	50,00(37,50-50,00)	$\chi^2=4,009$, p=0,135
Fiziksel Özet Skor	102,00	41,25(41,25-41,25)	83,50	40,23(32,72-43,09)	112,99	42,33(37,19-45,98)	$\chi^2=6,739$, p=0,034
Mental Özet Skor	1,00	22,57(22,57-22,57)	82,00	41,99(38,03-47,13)	113,86	46,21(42,20-49,16)	$\chi^2=10,827$, p=0,004

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, χ^2 : Kruskal Wallis testi, EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

Lawton EGYA Ölçeği ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($\chi^2=42,849$, $p=0,000$), fiziksel rol güçlüğü ($\chi^2=41,483$, $p=0,000$), ağrı ($\chi^2=25,153$, $p=0,000$), genel sağlık ($\chi^2=19,943$, $p=0,000$), canlılık ($\chi^2=23,835$, $p=0,000$), sosyal fonksiyon ($\chi^2=40,259$, $p=0,000$), emosyonel rol güçlüğü ($\chi^2=38,210$, $p=0,000$), fiziksel özet skor ($\chi^2=6,739$, $p=0,034$) ve mental özet skor ($\chi^2=10,827$, $p=0,004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Bağımlı olan hastaların ağrı ve genel sağlık puanları yüksek, yarı bağımlı hastaların canlılık puanları yüksek iken, bağımsız olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, fiziksel ve mental özet skor puanları yüksektir (Tablo 39).

Tablo 40. Hastaların IPAQ ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p
	IPAQ					
	Orta Düzeyde Fiziksel Aktivite (N=55)		Düşük Düzeyde Fiziksel Aktivite (N=102)			
Fiziksel Fonksiyon	94,31	100,00 (50,00-100,00)	70,75	50,00 (50,00-100,00)	z=-3,309,	p=0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	94,04	100,00 (75,00-100,00)	70,89	75,00 (50,00-100,00)	z=-3,203,	p=0,001
Ağrı	65,19	0,00 (0,00-25,00)	86,45	25,00 (0,00-50,00)	z=-3,081,	p=0,002
Genel Sağlık	76,97	60,00 (60,00-60,00)	80,09	60,00 (60,00-60,00)	z=-0,549,	p=0,583
Canlılık	67,41	25,00 (25,00-100,00)	85,25	50,00 (25,00-50,00)	z=-2,454,	p=0,014
Sosyal Fonksiyon	94,75	100,00 (100,00-100,00)	70,51	100,00 (50,00-100,00)	z=-3,683,	p=0,000
Emosyonel Rol Güçlüğü	89,88	100,00 (75,00-100,00)	73,13	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,366,	p=0,018
Mental Sağlık	82,48	50,00 (37,50-50,00)	77,12	50,00 (37,50-50,00)	z=-0,786,	p=0,432
Fiziksel Özet Skor	84,80	42,62 (38,11-46,09)	75,87	41,94 (36,63-45,11)	z=-1,174,	p=0,240
Mental Özet Skor	84,16	46,68 (43,20-50,39)	76,22	46,51 (42,08-48,68)	z=-1,045,	p=0,296

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi IPAQ: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

Uluslararası Fiziksel Aktivite ölçeği ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-3,309, p=0,001), fiziksel rol güçlüğü (z=-3,203, p=0,001), ağrı (z=-3,081, p=0,002), canlılık (z=-2,454, p=0,014), sosyal fonksiyon (z=-3,683, p=0,000) ve emosyonel rol güçlüğü (z=-2,366, p=0,018) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Düşük düzeyde fiziksel aktivitede bulunan hastaların ağrı ve canlılık puanları yüksek, orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon puanları yüksektir (Tablo 40).

Tablo 41. Hastaların FES-I Düşme Riski Ölçeği ile SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	Sıra ort.	Ortanca(ÇAA)	z	p		
							FES-I Kategorik	
							Düşme Riski Yok (n=140)	Düşme Riski Var (n=75)
Fiziksel Fonksiyon	135,13	100,00 (50,00-100,00)	57,35	25,00 (0,00-50,00)	z=-9,214,	p=0,000		
Fiziksel Rol Güçlüğü	134,31	100,00 (75,00-100,00)	58,89	50,00 (25,00-62,50)	z=-8,844,	p=0,000		
Ağrı	90,26	0,00 (0,00-25,00)	141,12	50,00 (25,00-75,00)	z=-6,150,	p=0,000		
Genel Sağlık	102,37	60,00 (60,00-60,00)	118,51	60,00 (60,00-85,00)	z=-2,426,	p=0,015		
Canlılık	90,75	25,00 (25,00-50,00)	140,20	50,00 (25,00-75,00)	z=-5,749,	p=0,000		
Sosyal Fonksiyon	129,93	100,00 (75,00-100,00)	67,07	50,00 (50,00-75,00)	z=-7,845,	p=0,000		
Emosyonel Rol Güçlüğü	135,51	100,00 (75,00-100,00)	56,64	50,00 (25,00-75,00)	z=-9,360,	p=0,000		
Mental Sağlık	107,74	50,00 (37,50-50,00)	108,49	50,00 (37,50-50,00)	z=-0,094,	p=0,925		
Fiziksel Özet Skor	122,54	43,67 (38,69-46,36)	80,87	38,18 (34,76-42,81)	z=-4,681,	p=0,000		
Mental Özet Skor	121,54	46,99 (43,83-50,04)	82,73	42,85 (37,09-47,06)	z=-4,359,	p=0,000		

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi, FES-I: Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği

FES-I düşme riski ölçeği ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-9,214, p=0,000), fiziksel rol güçlüğü (z=-8,844, p=0,000), ağrı (z=-6,150, p=0,000), genel sağlık (z=-2,426, p=0,015), canlılık (z=-5,749 p=0,000), sosyal fonksiyon (z=-7,845, p=0,000), emosyonel rol güçlüğü (z=-9,360, p=0,000) fiziksel özet skor (z=-4,681, p=0,000) ve mental özet skor (z=-4,359, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Düşme riski olanların ağrı, genel sağlık ve canlılık puanları yüksek, düşme riski olmayanların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, fiziksel ve mental özet skor puanları yüksektir (Tablo 41).

Tablo 42. Hastaların İTAKİ Düşme Riski Ölçeği ile SF-12 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=215)

SF-12 Ölçeği	Sıra	Ortanca(ÇAA)	Sıra	Ortanca(ÇAA)	z	p
	ort.		ort.			
	İTAKİ Düşme Riski					
	Düşük Risk (n=43)		Yüksek Risk (n=172)			
Fiziksel Fonksiyon	141,90	100,00 (75,00-100,00)	99,53	50,00 (25,00-100,00)	z=-4,212,	p=0,000
Fiziksel Rol Güçlüğü	128,36	100,00 (75,00-100,00)	102,91	75,00 (50,00-100,00)	z=-2,505,	p=0,012
Ağrı	94,33	0,00 (0,00-25,00)	11,42	25,00 (0,00-50,00)	z=-1,735,	p=0,083
Genel Sağlık	103,26	60,00 (60,00-60,00)	109,19	60,00 (60,00-60,00)	z=-0,748,	p=0,454
Canlılık	84,42	25,00 (25,00-50,00)	113,90	50,00 (25,00-75,00)	z=-2,876,	p=0,004
Sosyal Fonksiyon	121,37	100,00 (75,00-100,00)	104,66	100,00 (75,00-100,00)	z=-1,751,	p=0,080
Emosyonel Rol Güçlüğü	127,19	100,00 (62,50-100,00)	103,20	75,00 (75,00-100,00)	z=-2,389,	p=0,017
Mental Sağlık	113,02	50,00 (37,50-62,50)	106,74	50,00 (37,50-50,00)	z=-0,651,	p=0,515
Fiziksel Özet Skor	126,47	43,95 (38,65-47,71)	103,38	41,25 (36,48-45,24)	z=-2,176,	p=0,030
Mental Özet Skor	109,79	45,34 (42,17-50,04)	107,55	45,48 (40,65-48,73)	z=-0,211,	p=0,833

Sıra Ort: Sıra ortalaması, ÇAA: Çeyreklerarası aralık, z: Mann Whitney U testi

İTAKİ düşme riski ölçeği ile SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (z=-4,212, p=0,000), fiziksel rol güçlüğü (z=-2,505, p=0,012), canlılık (z=-2,876, p=0,004), emosyonel rol güçlüğü (z=-2,389, p=0,017) ve fiziksel özet skor (z=-2,176, p=0,030) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Düşme riski yüksek risk olanların canlılık puanları yüksek, düşme riski düşük risk olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel özet skor puanı yüksektir (Tablo 42).

Tablo 43. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ile Fiziksel Aktivite, Günlük Yaşam Aktivitesi ve Düşme Riski Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

NEI VFQ-25	Toplam Fiziksel Aktivite MET	KATZ Toplam	Lawton Toplam	FES-I Toplam	İtaki Toplam
Genel Sağlık	$r_s=0,239^{**}$, p=0,003 n=149	$r_s=0,339^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,297^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,398^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,363^{**}$, p=0,000 n=215
Genel Görme	$r_s=0,084$, p=0,308 n=149	$r_s=0,198^{**}$, p=0,004 n=215	$r_s=0,228^{**}$, p=0,001 n=215	$r_s=-0,294^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,116$, p=0,090 n=215
Göz Ağrısı	$r_s=0,109$, p=0,185 n=149	$r_s=0,175^*$, p=0,010 n=215	$r_s=0,268^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,372^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,148^*$, p=0,030 n=215
Yakın Görme Aktiviteleri	$r_s=0,122$, p=0,143 n=146	$r_s=0,350^{**}$, p=0,000 n=211	$r_s=0,493^{**}$, p=0,000 n=211	$r_s=-0,443^{**}$, p=0,000 n=211	$r_s=-0,307^{**}$, p=0,000 n=211
Uzak Görme Aktiviteleri	$r_s=0,368^{**}$, p=0,000 n=149	$r_s=0,350^{**}$, p=0,000 n=214	$r_s=0,525^{**}$, p=0,000 n=214	$r_s=-0,520^{**}$, p=0,000 n=214	$r_s=-0,306^{**}$, p=0,000 n=214
Sosyal Faaliyetler	$r_s=0,230^{**}$, p=0,005 n=149	$r_s=0,339^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,400^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,418^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,301^{**}$, p=0,000 n=215
Ruhsal Sağlık	$r_s=0,217^{**}$, p=0,008 n=149	$r_s=0,314^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,439^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,568^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,211^{**}$, p=0,002 n=215
Rol Güçlükleri	$r_s=0,248^{**}$, p=0,002 n=149	$r_s=0,376^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,561^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,522^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,258^{**}$, p=0,000 n=215
Başkalarına Bağımlılık	$r_s=0,342^{**}$, p=0,000 n=149	$r_s=0,373^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,597^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,685^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,311^{**}$, p=0,000 n=215
Araba Sürme	$r_s=0,173$, p=0,257 n=45	$r_s=0,055$, p=0,689 n=56	$r_s=0,236$, p=0,080 n=56	$r_s=-0,270^*$, p=0,044 n=56	$r_s=-0,136$, p=0,317 n=56
Renkli Görme	$r_s=0,184^*$, p=0,026 n=148	$r_s=0,330^{**}$, p=0,000 n=214	$r_s=0,369^{**}$, p=0,000 n=214	$r_s=-0,351^{**}$, p=0,000 n=214	$r_s=-0,217^{**}$, p=0,001 n=214
Periferik Görme	$r_s=0,229^{**}$, p=0,005 n=149	$r_s=0,323^{**}$, p=0,000 N=215	$r_s=0,392^{**}$, p=0,000 N=215	$r_s=-0,455^{**}$, p=0,000 N=215	$r_s=-0,260^{**}$, p=0,000 N=215

r_s =Speaman Korelasyon Analizi, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Tablo 43’de NEI VFQ-25 ölçeği ile fiziksel aktivite, günlük yaşam aktivitesi ve düşme riski ölçeği puanları arasındaki korelasyon gösterildi. Fiziksel Aktivite Ölçeği ile genel sağlık ($r_s=0,239$, $p=0,003$), uzak görme aktiviteleri ($r_s=0,368$, $p=0,000$), sosyal faaliyetler ($r_s=0,230$, $p=0,005$), ruhsal sağlık ($r_s=0,217$, $p=0,008$), rol güçlükleri ($r_s=0,248$, $p=0,002$), başkalarına bağımlılık ($r_s=0,342$, $p=0,000$) ve periferik görme ($r_s=0,229$, $p=0,005$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki, renkli görme ($r_s=0,184$, $p=0,026$) arasında ise pozitif yönde çok zayıf ilişki saptandı. Hastaların NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutu puanları artarken fiziksel aktivite puanı da artmaktadır.

KATZ GYA ölçeği ile genel sağlık ($r_s=0,339$, $p=0,000$), yakın görme aktiviteleri ($r_s=0,350$, $p=0,000$), uzak görme aktiviteleri ($r_s=0,350$, $p=0,000$), sosyal faaliyetler ($r_s=0,339$, $p=0,000$), ruhsal sağlık ($r_s=0,314$, $p=0,000$), rol güçlükleri ($r_s=0,376$, $p=0,000$), başkalarına bağımlılık ($r_s=0,373$, $p=0,000$), renkli görme ($r_s=0,330$, $p=0,000$) ve periferik görme ($r_s=0,323$, $p=0,000$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki, genel görme ($r_s=0,198$, $p=0,004$) ve göz ağrısı ($r_s=0,175$, $p=0,010$) arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki belirlendi. Hastaların NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutları puanı artarken KATZ GYA ölçeği puanı da artmaktadır (Tablo 43).

Lawton EGYA ölçeği ile genel sağlık ($r_s=0,297$, $p=0,000$), genel görme ($r_s=0,228$, $p=0,001$), göz ağrısı ($r_s=0,268$, $p=0,000$), sosyal faaliyetler ($r_s=0,400$, $p=0,000$), renkli görme ($r_s=0,369$, $p=0,000$) ve periferik görme ($r_s=0,392$, $p=0,000$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki, yakın görme aktiviteleri ($r_s=0,493$, $p=0,000$), uzak görme aktiviteleri ($r_s=0,525$, $p=0,000$), ruhsal sağlık ($r_s=0,439$, $p=0,000$), rol güçlükleri ($r_s=0,561$, $p=0,000$) ve başkalarına bağımlılık ($r_s=0,597$, $p=0,000$) arasında pozitif yönde orta şiddette ilişki saptandı. Hastaların NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutları puanı artarken Lawton EGYA puanı da artmaktadır (Tablo 43).

FES-I düşme riski ölçeği ile genel sağlık ($r_s=-0,398$, $p=0,000$), genel görme ($r_s=-0,294$, $p=0,000$), göz ağrısı ($r_s=-0,372$, $p=0,000$), araba sürme ($r_s=-0,270$, $p=0,044$) ve renkli görme ($r_s=-0,351$, $p=0,000$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki, yakın görme aktiviteleri ($r_s=-0,443$, $p=0,000$), uzak görme aktiviteleri ($r_s=-0,520$, $p=0,000$), sosyal faaliyetler ($r_s=-0,418$, $p=0,000$), ruhsal sağlık ($r_s=-0,568$, $p=0,000$), rol güçlükleri ($r_s=-0,522$, $p=0,000$) ve periferik görme ($r_s=-0,455$, $p=0,000$) arasında negatif yönde orta şiddette ilişki, başkalarına bağımlılık arasında ise negatif yönde

yüksek ilişki belirlendi. Hastaların NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutları puanı artarken FES-I puanı azalmaktadır (Tablo 43).

İTAKİ düşme riski ölçeği ile genel sağlık ($r_s=-0,363$, $p=0,000$), yakın görme aktiviteleri ($r_s=-0,307$, $p=0,000$), uzak görme aktiviteleri ($r_s=-0,306$, $p=0,000$), sosyal faaliyetler ($r_s=-0,301$, $p=0,000$), ruhsal sağlık ($r_s=-0,211$, $p=0,002$), rol güçlükleri ($r_s=-0,258$, $p=0,000$), başkalarına bağımlılık ($r_s=-0,311$, $p=0,000$), renkli görme ($r_s=-0,217$, $p=0,001$) ve periferik görme ($r_s=-0,260$, $p=0,000$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki, göz ağrısı ($r_s=-0,148$, $p=0,030$) arasında negatif yönde çok zayıf ilişki saptandı. Hastaların NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutları puanı artarken İTAKİ puanı azalmaktadır (Tablo 43).



Tablo 44. Hastaların SF-12 Ölçeği ile Fiziksel Aktivite, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Düşme Riski Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Toplam fiziksel aktivite MET	KATZ Toplam	Lawton Toplam	FES-I Toplam	İtaki Toplam
Fiziksel Fonksiyon	$r_s=0,445^{**}$, p=0,000 n=149	$r_s=0,425^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,562^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,724^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,502^{**}$, p=0,000 n=215
Fiziksel Rol Güçlüğü	$r_s=0,362^{**}$, p=0,000 n=149	$r_s=0,394^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,573^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,690^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,419^{**}$, p=0,000 n=215
Ağrı	$r_s=-0,242^{**}$, p=0,003 n=149	$r_s=-0,194^{**}$, p=0,004 n=215	$r_s=-0,400^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,447^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,294^{**}$, p=0,000 n=215
Genel Sağlık	$r_s=-0,053$, p=0,519 n=149	$r_s=-0,207^{**}$, p=0,002 n=215	$r_s=-0,122$, p=0,073 n=215	$r_s=0,196^{**}$, p=0,004 n=215	$r_s=0,188^{**}$, p=0,006 n=215
Canlılık	$r_s=-0,241^{**}$, p=0,003 N=149	$r_s=-0,264^{**}$, p=0,000 N=215	$r_s=-0,308^{**}$, p=0,000 N=215	$r_s=0,432^{**}$, p=0,000 N=215	$r_s=0,340^{**}$, p=0,000 N=215
Sosyal Fonksiyon	$r_s=0,345^{**}$, p=0,000 n=149	$r_s=0,303^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,443^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,589^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,310^{**}$, p=0,000 n=215
Emosyonel Rol Güçlüğü	$r_s=0,287^{**}$, p=0,000 n=149	$r_s=0,402^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,535^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,711^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,406^{**}$, p=0,000 n=215
Mental Sağlık	$r_s=0,064$, p=0,435 n=149	$r_s=0,002$, p=0,980 n=215	$r_s=-0,006$, p=0,930 n=215	$r_s=0,031$, p=0,651 n=215	$r_s=-0,042$, p=0,539 n=215
Fiziksel Özet Skor	$r_s=0,235^{**}$, p=0,004 n=149	$r_s=0,245^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=0,304^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,399^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,249^{**}$, p=0,000 n=215
Mental Özet Skor	$r_s=0,066$, p=0,424 n=149	$r_s=0,172^{**}$, p=0,012 n=215	$r_s=0,221^{**}$, p=0,001 n=215	$r_s=-0,291^{**}$, p=0,000 n=215	$r_s=-0,140^{**}$, p=0,040 n=215

r_s =Speaman Korelasyon Analizi, * $p<0,05$, ** $p<0,01$, FES-I: Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği

Tablo 44’de SF-12 ölçeği ile fiziksel aktivite, günlük yaşam aktivitesi ve düşme riski ölçeği puanları arasındaki korelasyon gösterildi. Fiziksel Aktivite Ölçeği ile fiziksel rol güçlüğü ($r_s=0,362$, $p=0,000$), sosyal fonksiyon ($r_s=0,345$, $p=0,000$), emosyonel rol güçlüğü ($r_s=0,287$, $p=0,000$) ve fiziksel özet skor ($r_s=0,235$, $p=0,004$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki, fiziksel fonksiyon ($r_s=0,445$, $p=0,000$) arasında pozitif yönde orta şiddette ilişki, ağrı ($r_s=-0,242$, $p=0,003$) ve canlılık ($r_s=-0,241$, $p=0,003$), arasında negatif yönde zayıf ilişki belirlendi.

KATZ GYA ölçeği ile fiziksel fonksiyon ($r_s=0,425$, $p=0,000$) ve emosyonel rol güçlüğü ($r_s=0,402$, $p=0,000$) arasında pozitif yönde orta şiddette ilişki, fiziksel rol güçlüğü ($r_s=0,394$, $p=0,000$), sosyal fonksiyon ($r_s=0,303$, $p=0,000$) ve fiziksel özet skor ($r_s=0,245$, $p=0,000$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki, ağrı ($r_s=-0,194$, $p=0,004$) arasında negatif yönde çok zayıf ilişki, sağlığın genel algılanması ($r_s=-0,207$, $p=0,002$) ve canlılık ($r_s=-0,264$, $p=0,000$) arasında negatif yönde zayıf ilişki, mental özet skor ($r_s=0,172$, $p=0,012$) arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki saptandı (Tablo 44).

Lawton EGYA ölçeği ile fiziksel fonksiyon ($r_s=0,562$, $p=0,000$), fiziksel rol güçlüğü ($r_s=0,573$, $p=0,000$), sosyal fonksiyon ($r_s=0,443$, $p=0,000$) ve emosyonel rol güçlüğü ($r_s=0,535$, $p=0,000$) arasında pozitif yönde orta şiddette ilişki, ağrı ($r_s=-0,400$, $p=0,000$) ve canlılık ($r_s=-0,308$, $p=0,000$) arasında negatif yönde zayıf ilişki, fiziksel özet skor ($r_s=0,304$, $p=0,000$) ve mental özet skor ($r_s=0,221$, $p=0,001$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki belirlendi (Tablo 44).

FES-I düşme riski ölçeği ile fiziksel fonksiyon ($r_s=-0,724$, $p=0,000$), fiziksel rol güçlüğü ($r_s=-0,690$, $p=0,000$) ve emosyonel rol güçlüğü ($r_s=-0,711$, $p=0,000$) arasında negatif yönde yüksek ilişki, sosyal fonksiyon ($r_s=-0,589$, $p=0,000$) arasında negatif yönlü orta şiddetli ilişki, ağrı ($r_s=0,447$, $p=0,000$) ve canlılık ($r_s=0,432$, $p=0,000$) arasında pozitif yönlü orta şiddetli ilişki, sağlığın genel algılanması ($r_s=0,196$, $p=0,004$) arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki, fiziksel özet skor ($r_s=-0,399$, $p=0,000$) ve mental özet ($r_s=-0,291$, $p=0,000$) skor arasında negatif yönde zayıf ilişki belirlendi (Tablo 44).

İTAKİ düşme riski ölçeği ile fiziksel fonksiyon ($r_s=-0,502$, $p=0,000$), emosyonel rol güçlüğü ($r_s=-0,406$, $p=0,000$), ve fiziksel rol güçlüğü ($r_s=-0,419$, $p=0,000$) arasında negatif yönde orta şiddette ilişki, ağrı ($r_s=0,294$, $p=0,000$) ve canlılık ($r_s=0,340$,

p=0,000) arasında pozitif yönde zayıf ilişki, genel sağlık ($r_s=0,188$ p=0,006) arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki, sosyal fonksiyon ($r_s=-0,310$, p=0,000) ve fiziksel özet skor ($r_s=-0,249$, p=0,000) arasında negatif yönde zayıf ilişki, mental özet skor ($r_s=-0,140$, p=0,040) arasında negatif yönde çok zayıf ilişki saptandı (Tablo 44).

Tablo 45. Hastaların Daha Önce Düşme Durumu ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=215)

Sosyodemografik Özellikler	Düşme Öyküsü				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Yaş						
68 yaş ve altı	20	21,1	75	78,9	95	100
69 ve üstü	39	32,5	81	67,5	120	100
Test İstatistiği	$\chi^2=3,490^a$, p=0,062					
Cinsiyet						
Kadın	37	35,2	68	64,8	105	100
Erkek	22	20,0	88	80,0	110	100
Test İstatistiği	$\chi^2=6,265^a$, p=0,012					
Sürekli İlaç Kullanımı						
Evet	57	31,1	126	68,9	183	100
Hayır	2	6,3	30	93,8	32	100
Test İstatistiği	$\chi^2=8,480^a$, p=0,004					

^a: Ki kare testi

Araştırmaya dahil edilen hastaların düşme öyküsü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması Tablo 45’de gösterildi. Araştırmaya dahil edilen 68 yaş ve altındaki bireylerin %21,1’inin, 69 yaş ve üstü hastalarının %32,5’inin daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında yaş grubu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($\chi^2=3,490$, p=0,062).

Kadın hastaların %35,2’sinin, erkek hastaların %20,0’ının daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($\chi^2=6,265$, p=0,012) (Tablo 45).

Sürekli ilaç kullanan hastaların %31,1’inin, kullanmayanların %6,3’ünün daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında

sürekli ilaç kullanımını açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($\chi^2=8,480$, $p=0,004$) (Tablo 45).

Tablo 46. Hastaların Daha Önce Düşme Durumları ile Katarakta İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Katarakta İlişkin Bulgular	Düşme Öyküsü					
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kataraktlı Göz						
Sağ göz	16	31,4	35	68,6	51	100
Sol göz	10	22,7	34	77,3	44	100
Her iki göz	33	27,5	87	72,5	120	100
Test İstatistiği	$\chi^2=0,887^a$, $p=0,642$					
Kataraktın Yaşama Etkisi						
Hiç etkilemedi	8	16,7	40	83,3	48	100
Biraz etkiledi	18	19,4	75	80,6	93	100
Orta derecede etkiledi	14	30,4	32	69,6	46	100
Oldukça etkiledi	19	67,9	9	32,1	28	100
Test İstatistiği	$\chi^2=29,030^a$, $p=0,000$					
Kataraktın Günlük Yaşama Etkisi						
Hiç etkilemedi	17	18,1	77	81,9	94	100
Biraz etkiledi	18	24,0	57	76,0	75	100
Orta derecede etkiledi	8	42,1	11	57,9	19	100
Oldukça etkiledi	16	59,3	11	40,7	27	100
Test İstatistiği	$\chi^2=20,359^a$, $p=0,000$					
Kataraktın Sosyal Yaşama Etkisi						
Hiç etkilemedi	27	21,8	97	78,2	124	100
Biraz etkiledi	20	30,8	45	69,2	65	100
Orta derecede etkiledi	4	28,6	10	71,4	14	100
Oldukça etkiledi	8	66,7	4	33,3	12	100
Test İstatistiği	$\chi^2=11,643^a$, $p=0,009$					

^a: Ki kare testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların daha önce düşme durumları ile katarakta ilişkin bulguların karşılaştırılması Tablo 46'da gösterildi. Araştırma kapsamına alınan sağ gözü katarakt olan hastaların %31,4'ünün, sol gözü katarakt olan hastaların %22,7'sinin, her iki gözü katarakt olan hastaların %27,5'inin daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında

kataraktlı göz bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($\chi^2=0,887$, $p=0,642$) (Tablo 46).

Araştırma kapsamına alınan kataraktın yaşamı hiç etkilemediği hastaların %16,7'sinin, biraz etkilenenlerin %19,4'ünün, orta derecede etkilenenlerin %30,4'ünün ve oldukça etkilenenlerin %67,9'unun daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında kataraktın yaşama etkisi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($\chi^2=29,030$, $p=0,000$) (Tablo 46).

Araştırma kapsamına alınan kataraktın günlük yaşamı hiç etkilemediğini belirten hastaların %18,1'inin, biraz etkilenenlerin %24,0'ının, orta derecede etkilenenlerin %42,1'inin ve oldukça etkilenenlerin %59,3'ünün daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında kataraktın günlük yaşama etkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($\chi^2=20,359$, $p=0,000$) (Tablo 46).

Araştırmaya alınan kataraktın sosyal yaşamı hiç etkilemediği hastaların %21,8'inin, biraz etkilenenlerin %30,8'inin, orta derecede etkilenenlerin %28,6'sının ve oldukça etkilenenlerin %66,7'sinin daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında kataraktın sosyal yaşama etkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($\chi^2=11,643$, $p=0,009$) (Tablo 46).

Tablo 47. Hastaların Daha Önce Düşme Durumları ile Yaşam Alanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Yaşam Alanları	Düşme Öyküsü					
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Ev Yapısı						
Tek katlı	26	29,2	63	70,8	89	100
İki katlı	5	14,3	30	85,7	35	100
Apartman dairesi	28	30,8	63	69,2	91	100
Test İstatistiği	$\chi^2=3,689^a$, p=0,158					
Yürüme Durumu						
Yürüme ile ilgili sıkıntı yok	27	17,2	130	82,8	157	100
Yardımsız yürüyebiliyor ama bir yere tutunması gerekiyor	12	54,5	10	45,5	22	100
Baston ile yürüyebiliyor	20	55,6	16	44,4	36	100
Test İstatistiği	$\chi^2=30,682^a$, p=0,000					
Evde Merdiven Bulunma Durumu						
Evet	38	27,0	103	73,0	141	100
Hayır	21	28,4	53	71,6	74	100
Test İstatistiği	$\chi^2=0,050^a$, p=0,824					
Evde Yeterli Işıklandırma						
Evet	54	26,1	153	73,9	207	100
Hayır	5	62,5	3	37,5	8	100
Test İstatistiği	p=0,037 ^b					
Düşme Korkusu						
Evet	43	100,0	0	0,0	43	100
Hayır	14	87,5	2	12,5	16	100
Test İstatistiği	p=0,070 ^b					

^a: Ki kare testi, ^b:Fisher Exact Test

Araştırma kapsamına alınan tek katlı evde yaşayan hastaların %29,2'sinin, iki katlı evde yaşayanların %14,3'ünün, apartman dairesinde yaşayanların %30,8'inin daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında yaşanan ev tipi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($\chi^2=3,689$, p=0,158) (Tablo 47).

Araştırma grubunda yürüme ile ilgili sıkıntısı olmayan hastaların %17,2'sinin, yardımsız yürüyebilen ancak bir yere tutunması gerekenlerin %54,5'inin ve baston ile yürüyenlerin %55,6'sının daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında yürüme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($\chi^2=30,682$, p=0,000) (Tablo 47).

Araştırma kapsamına alınan evinde merdiven bulunan hastaların %27,0'ının, bulunmayanların %28,4'ünün daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan

ve bulunmayan hastalar arasında evinde merdiven bulunma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($\chi^2=0,050$, $p=0,824$) (Tablo 47).

Evinde yeterli ışıklandırma olan hastaların %26,1'inin, yeterli ışıklandırma olmayan hastaların %62,5'inin daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında evinde yeterli ışıklandırma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0,037$) (Tablo 47).

Araştırma kapsamına alınan düşme korkusu yaşayan hastaların %100,0'ının, yaşamayanların %87,5'inin daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında düşme korkusu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p=0,070$) (Tablo 47).

Araştırmaya dahil edilen hastaların düşme öyküsü durumlarının fiziksel aktivite, günlük yaşam aktiviteleri ve düşme riski ölçeklerine ilişkin bulguların karşılaştırılması Tablo 48'de gösterildi. Araştırma kapsamına alınan orta düzeyde fiziksel aktivite yapan hastaların %10,9'unun, düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan hastaların ise %33,3'ünün daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında fiziksel aktivite bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($\chi^2=9,464$, $p=0,002$) (Tablo 48).

Araştırma grubunda KATZ GYA ölçeğine göre yarı bağımlı olan hastaların %80,0'ının, bağımsız olan hastaların ise %24,9'unun daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında KATZ GYA ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0,001$) (Tablo 48).

Lawton EGYA ölçeği'ne göre bağımlı hastaların %100,0'ında, yarı bağımlı olan hastaların %55,6'sının, bağımsız olan hastaların ise %21,3'ünün daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında Lawton EGYA ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0,000$) (Tablo 48).

Uluslararası Düşme Etkinlik ölçeği'ne göre düşme riski olmayan hastaların %20,0'ının, düşme riski olan hastaların ise %41,3'ünün daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında FES-I düşme riski ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($\chi^2=11,163$, $p=0,001$) (Tablo 48).

İTAKİ verilerine göre düşme riski düşük olan hastaların %16,3'ünün, yüksek risk olan hastaların ise %30,2'sinin daha önce düştüğü belirlendi. Düşme öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında İTAKİ düşme riski ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($\chi^2=3,364$, $p=0,067$) (Tablo 48).

Tablo 48. Hastaların Daha Önce Düşme Durumları ile Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Düşme Riski Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler	Düşme Öyküsü					
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel Aktivite Kategorisi						
Orta düzeyde	6	10,9	49	89,1	55	100
Düşük düzeyde	34	33,3	68	66,7	102	100
Test İstatistiği	$\chi^2=9,464^a$, $p=0,002$					
Katz GYA Ölçeği						
Yarı bağımlı	8	80,0	2	20,0	10	100
Bağımsız	51	24,9	154	75,1	205	100
Test İstatistiği	$p=0,001^b$					
Lawton EGYA Ölçeği						
Bağımlı	1	100,0	0	0,0	1	100
Yarı bağımlı	20	55,6	16	44,4	36	100
Bağımsız	38	21,3	140	78,7	178	100
Test İstatistiği	$p=0,000^b$					
FES-I Düşme Riski Ölçeği						
Düşme riski yok	28	20,0	112	80,0	140	100
Düşme riski var	31	41,3	44	58,7	75	100
Test İstatistiği	$\chi^2=11,163^a$, $p=0,001$					
İTAKİ Düşme Riski Ölçeği						
Düşük risk	7	16,3	36	83,7	43	100
Yüksek risk	52	30,2	120	69,8	172	100
Test İstatistiği	$\chi^2=3,364^a$, $p=0,067$					

^a: Ki kare testi, ^b: Fisher Exact Test

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri, EGYA: Entrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri,

FES-I: Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği

7. TARTIŞMA

7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların İncelenmesi

Araştırmada bireylerin yaş ortalamaları $68,88 \pm 9,29$ 'dur ve %55,8'inin 69 yaş ve üstünde olduğu belirlendi (Tablo 1). Katarakt oluşumunda yaş önemli risk faktörleri arasındadır. Yaşlanmaya bağlı olarak lensin saydamlığı azalır, ışığın retinaya iletilmesi ve kırıcılığı da kaybolur (Kaymakçı 2014). Gholami ve arkadaşlarının kataraktlı 300 hastanın yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada yaş ortalaması $68,11 \pm 11,98$ olarak saptanmıştır (Gholami ve ark. 2016). Katarakt ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada yaş ortalaması $65,98 \pm 10,82$ olarak belirlenmiştir (Xue ve ark. 2019). Görme bozukluğu ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada da 68 yaş ve üstünde olan hastaların %84,8'inde görme bozukluğu bulunmuştur (Vignesh ve ark. 2019). Katarakt ileri yaşla birlikte lensin saydamlığını kaybetmesine bağlı olduğundan araştırma sonuçları literatür ile benzerdir.

Araştırma grubunun %48,8'inin kadınlardan %51,2'sininin erkeklerden oluştuğu belirlendi (Tablo 1). Senil kataraktı olan bireylerin ameliyat öncesi ve sonrasında yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada araştırma grubunun %54,3'ünün kadın ve %45,7'sinin erkek olduğu saptanmıştır (Bayraktar 2016). Foster ve arkadaşlarının katarakt oluşumundaki risk faktörlerini incelendiği çalışmada katarakt ve cinsiyet arasında ilişki saptanmamıştır (Foster ve ark. 2003). Araştırma sonuçları literatürü desteklemektedir. Bu çalışmada da kadın ve erkek birey sayısının birbirine yakın olması katarakt oluşumunun cinsiyete göre değişmediğini göstermektedir.

Araştırmada bireylerin BKİ ortalamasının $28,06 \pm 4,63$ kg/m² ve %46'sının fazla kilolu olduğu belirlendi (Tablo 1). Pan ve Lin obezite ile katarakt ilişkisini inceledikleri meta analizde yaş ile ilişkili katarakt gelişiminde obezitenin bağımsız ve önemli bir risk oluşturduğunu bildirmiştir (Pan ve Lin 2014). Obezite ile katarakt ilişkisinin incelendiği benzer bir çalışmada da obezitenin katarakt oluşumunda risk oluşturduğu belirtilmiştir (Schaumberg ve ark. 2000). Ünal ve arkadaşlarının kronik hastalıklarda risk faktörlerinin belirlendiği çalışmada 35 yaşın üzerindeki tüm

bireylerin çoğunluğunun şişman olduğu saptanmıştır (Ünal ve ark. 2013). Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerinde yaşlı bireylerin %25'inin obez olduğu gösterilmiştir (TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015). Araştırma bulguları literatür ile uyumludur. Kronik hastalık (hipertansiyon, diyabet vb) riskini obezite arttırdığı için bu bireylerin sağlıklı beslenme ve kilo yönetimi konusunda bilgilendirmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların çoğunluğunun eğitim düzeyi düşüktür (%86,5: ilköğretim mezunu) (Tablo 1). Marback ve arkadaşlarının katarakt ameliyatı olan bireylerin duygusal reaksiyonlarını incelediği çalışmada araştırma grubunun çoğunun düşük eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Marback ve ark 2012). Katarakt ameliyatından önce bilgilendirme yapmanın anksiyeteye etkisinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada hastaların çoğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Karaman Özlü ve ark. 2016). Kataraktın risk faktörlerini belirlemeye yönelik yapılan başka bir çalışmada da eğitim seviyesinin düşük olmasının katarakt için risk oluşturduğu belirtilmiştir (Foster ve ark. 2003). Nirmalan ve arkadaşlarının yaşlı bireylerde göz taraması sonuçlarını değerlendirdiği çalışmada okuma yazma bilmeyenlerin görme bozukluğu daha yüksek bulunmuştur (Nirmalan ve ark. 2002) Türkiye'de eğitim düzeyi ileri yaşlarda düşüktür (TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015). Araştırma sonuçları literatüre benzerlik göstermektedir ve Türk toplumunu eğitim düzeyi açısından temsil etmektedir.

Araştırmada bireylerin %80,9'unun evli olduğu saptandı (Tablo 1). Katarakt ameliyatı sırasında dokunmanın anksiyete düzeyine etkisinin değerlendirildiği çalışmada hastaların çoğunun evli olduğu bildirilmiştir (Moon ve Cho 2001). 2014 yılı Türkiye İstatistik Kurumu'nun yaşlılık verilerine göre erkek nüfusun çoğunluğu (%83) ve kadın nüfusun yarıya yakınının (%43,2) resmi nikâh ile evlidir (TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015). Araştırmanın sonuçları literatüre paraleldir. Araştırma grubunun Türk toplumunu medeni durum yönünden temsil ettiği görülmektedir.

Araştırmada bireylerin %80,0'ının ortalama ve üstü gelir düzeyinde olduğu saptandı (Tablo 1). Rius ve arkadaşlarının El Salvador'da görme bozukluğu prevalansının belirlendiği çalışmada ekonomik olarak bağımlı olan bireylerde görme bozukluğu yüksek bulunmuştur (Rius ve ark. 2014). Türkiye İstatistik Kurumu verilerinde toplumun çoğunluğu ortalama ve üzerindeki gelir düzeyinde olduğu bildirilmiştir (TÜİK 2019). Türkiye'de 65 yaşın üzerindeki bireylerin yarısından

fazlasının emekli-dul-yetim maaşı aldığı belirtilmiştir (TUİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015). Araştırmadaki bireylerin yaş ortalamasının yüksek, eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle gelir düzeyinin ortalama düzeyde olması olağan olarak düşünülmektedir.

Araştırmadaki bireylerin yarıya yakının halen sigara içtiği (%14,4) ya da içip bıraktığı (%31,6) saptandı (Tablo 1). Özge ve arkadaşlarının katarakt ameliyatı yapılan bireylerin sigara içme durumunu inceledikleri çalışmada hastaların yarıya yakınının (%43,9) sigara içtiği belirlenmiştir (Özge ve ark. 2006). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında sigara kullanımına bağlı gelişen oküler komplikasyonların değerlendirildiği bir çalışmada ise sigara içen 40 hastanın yarıya yakınında (%40) katarakt olduğu belirtilmiştir (Tunç ve ark. 2003). Sigara dumanının lense etkisinin araştırıldığı deneysel bir çalışmada sigara kullanım sayısı ile lens hasarı oluşması arasında ilişki saptanmıştır (Bormusov ve ark. 2013). Katarakt gelişiminde sigaranın risk oluşturduğu yapılan diğer çalışmalarda da gösterilmiştir (Nirmalan ve ark. 2002; Krishnaiah ve ark. 2005; Özge ve ark. 2006). Elbay ve Çelik'in sigara kullanımının katarakt oluşumuna etkisinin araştırıldığı çalışmada; lenste oluşan oksidatif hasara bağlı hücrede oluşan metabolik, yapısal ve fonksiyonel bozukluğun katarakt gelişimine neden olduğu saptanmıştır (Elbay ve Çekiç 2015). Sigara kullanımının katarakta ve bireye verdiği zararlar konusunda eğitim verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada bireylerin yarıya yakının (%46,5) ilçede yaşadığı, araştırma grubunun çoğunun (%87,4) eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı belirlendi (Tablo 1). Örneklem grubunun çoğunun ilçede yaşaması araştırmanın yapıldığı yerin üniversite hastanesi olması, tetkik ve tedavi olanaklarının hastaların beklentilerini karşılaması nedeniyle bu hastaneye yakın ilçelerden de erişimin sağlanması ile açıklanabilir. Aydın Boylu ve Günay'ın yaşlılarda sosyal destek ve yaşam doyumu ilişkisini inceledikleri çalışmada bireylerin çoğunluğunun eşleri ile birlikte yaşadığı saptanmıştır (Aydın Boylu ve Günay 2018). Hastaların bakımlarına yardım edecek ve destek sağlayabilecek yakınlarının olması iyileşmeye olumlu yönde katkı sağlayabilir. Bireylerin ameliyat sonrası taburcu edildikten sonraki süreçte tedavi ve bakımlarına destek olacak kişilerin bulunması, ameliyat sonrası komplikasyon oranlarını düşürebilir. Hasta ve hasta yakınlarına ilaç kullanımı, enfeksiyon belirtileri, göz basıncını arttıran uygulamalar vb. açıklanmalıdır (Kaymakçı 2011).

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunun eş ve çocuklarıyla yaşaması Türk toplumunun aile ve kültürel yapısının güçlü olmasının da göstergesidir.

Araştırmada bireylerde kronik hastalıklardan hipertansiyon (%56,3), diyabet (%53,0), kalp hastalığı (%31,2) olduğu ve çoğunun sürekli ilaç kullandığı (%85,1) saptandı (Tablo 2). Yaşlılığa bağlı oluşan psikolojik ve fizyolojik etkiler kişilerde kronik hastalıkları ortaya çıkarmaktadır (Soyuer 2008). Yaşlılarda polifarmasinin incelendiği çalışmada yaşlı bireylerin çoğunluğunun en az bir ilaç kullandığı belirtilmiştir (Gökçe Kutsal ve ark. 2009). Yaşlılarda ilaç kullanımının incelendiği başka bir çalışmada 60 yaşın üzerindeki yaşlıların çoğunluğunun (%96,1) sürekli olarak ilaç kullandığı saptanmıştır (Akkuş 2011). Araştırma bulguları literatür ile benzerdir. Araştırmada yaş ortalaması yüksek olduğundan ve bu yaş grubunda daha sık kronik hastalıkların oluşmasına bağlı olarak ilaç kullanımının fazla olduğu kanısındayız.

Araştırmada kronik hastalıklardan ilk sırada hipertansiyon, daha sonra ise diyabet yer almaktadır (Tablo 2). Literatürde diyabetli bireylerde daha erken ve daha sık katarakt görüldüğü belirtilmiştir. Diyabet göz içindeki ozmotik basınç artışına neden olarak lenste su tutulumunu arttırır. Bu katarakt oluşumuna yol açar (Erden ve ark. 2015). Bilir'in yaşlılıkta kronik hastalıkları incelediği bir çalışmada kataraktın ölüme neden olmadığı ancak hayatı etkileyecek işgücü kaybına neden olarak yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir (Bilir 2006). Türkiye İstatistik Kurumu 2018 istatistiklerinde de bireylerde hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların daha sık görüldüğü belirtilmiştir (TUİK 2019). Hipertansiyon ve diyabetin belirti ve bulguları, risk faktörleri ve erken tanıya yönelik eğitim verilmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada bireylerin çoğunluğunun (%87,0) daha önce hastaneye yattığı belirlendi (Tablo 2). Yılmaz ve arkadaşlarının kataraktlı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların daha önce hastaneye yattığı saptanmıştır (Yılmaz ve ark. 2016). Araştırma bulguları literatür ile uygunluk göstermektedir. Araştırmanın yaşlı bireyler ile yapılması ve bu bireylerde daha fazla kronik hastalık görülmesi nedeniyle daha çok tedaviye ihtiyaç duydukları ve hastaneye yattıkları kanısındayız.

Araştırmada bireylerin yarısından fazlasının (%53,0) katarakt ile ilgili eğitim aldığı, alınan bilginin çoğunluğunun (%89,5) hekim tarafından verildiği, bilgi alan

hastaların tamamına yakını (%89,5) aldıkları bilgiyi yeterli bulduğunu ifade etti (Tablo 3). Katarakt ameliyatı geçiren hastaların kaygı düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada ameliyat öncesi verilen eğitimin bireylerde anksiyete düzeyini azalttığı belirlenmiştir (Karaman Özlü ve ark. 2016). Ameliyattan önce verilen eğitimin ameliyattan sonra komplikasyonları azalttığı da yapılan diğer bir çalışmada gösterilmiştir (Yılmaz 2001). Ülkemizdeki hasta eğitiminin değerlendirildiği başka bir makalede ameliyat öncesi ve sonrasında tedaviye uyumda hasta eğitiminin önemli olduğu bildirilmiştir (Avşar ve Kaşıkçı 2009). Araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir. Eğitim seviyesinin düşük olması, yapılacak ameliyata ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlara yönelik bilgi yetersizliği hastalarda anksiyete düzeyinin artmasına ve günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde zorluklara neden olabilir. Bireylere ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirme, karşılaşılabileceği komplikasyonlar ve kişisel bakım ihtiyaçlarına yönelik eğitim verilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Araştırmada bireylerin çoğunluğunun (%95,3) daha öncesinde katarakt ameliyatı olduğu ve yarısından fazlasının (%69,3) ailesinde katarakt ameliyatı öyküsü olmadığı bulundu (Tablo 3). Literatürde kataraktın genetik olarak da ortaya çıktığı belirtilmiştir (Saygılı ve ark. 2010). Araştırma bulguları literatürden farklıdır. Çoğunlukla konjenital kataraktlar genetik geçişlidir. Fark örneklem grubunun yaş ortalamasının yüksek olmasına bağlı olabilir.

Araştırmada bireylerin %21,4'ünün katarakt nedeniyle yaşam kalitelerinin orta derecede etkilendiği, %12,6'sının günlük yaşam aktivitelerinin oldukça etkilendiği ve %30,2'sinin sosyal yaşamlarının biraz etkilendiği belirlendi (Tablo 3). Cypel ve arkadaşlarının görme durumu ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada kataraktın görme keskinliğinin azalmasında en önemli etken olduğu belirtilmiştir (Cypel ve ark. 2017). Yaşlılarda görmeye ilişkin yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada da görme bozukluğunun yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır (Zhu ve ark. 2015). Kaptanoğlu'nun yaşlı sağlığını araştırdığı çalışmada da katarakta ortaya çıkan fiziksel engellerin bireylerin düşme riskini arttıracığı saptanmıştır (Kaptanoğlu 2012). Araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir. Yaşın ilerlemesiyle beraber görme keskinliği bozulur, görme işlevi fonksiyonunu kaybeder, kazalar artarak düşme riski de artar ve bireylerin yaşam kaliteleri düşer.

Araştırmada bireylerin %26,9'unun yürüyebilmek için desteğe ihtiyacı olduğu, yarısından fazlasının (%65,6) evinde merdiven, tamamına yakınının (%96,3) evinde yeterli ışıklandırmanın olduğu, çoğunluğunun (%96,7) bakımına yardımcı olacak yakınının bulunduğu ve %90,7'sinin oturduğu yerin sağlık kuruluşuna yakın olduğu saptandı. Ayrıca bireylerin %22,3'ünün evinde yürümeyi engelleyecek eşyasının olduğu bulundu (Tablo 4). Beyazay ve arkadaşlarının yaşlı bireylerde düşme riskini değerlendirdikleri çalışmada benzer bulgular saptanmıştır (Beyazay ve ark. 2014). Kataraktlı bireylerin yaşamlarına devam ettikleri alanlarda yürüme engellerinin olması, gerekli önlemlerin alınmaması kazalara maruziyeti artırıp düşmeyi arttırmakta ve yaşam kalitesinin de olumsuz olarak etkilenmesine yol açmaktadır. Alışveriş, ev işi gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyerek başkalarına ihtiyaç duyacakları düşünülmektedir.

Araştırmada bireylerin düşme durumları değerlendirildiğinde %27,4'ünün daha önce düştüğü, düşme süre ortalamasının 19.39 ± 26.743 ay olduğu, yarısından fazlasının (%57,6) evinin içinde düştüğü saptandı. Ayrıca hastaların en fazla denge kaybı, tökezleme ve kayma nedeni ile düştüğü ve hastaların yarısının (%49,2) düşme sonrası yaşadığı sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvurduğu belirlendi (Tablo 5). Wu ve arkadaşları yaşlı bireylerin %21'inin yılda bir defa düştüğünü belirtmiştir (Wu ve ark. 2013). Yapılan bir çalışmada evde bakılan yaşlılarda düşme sıklığı %35,9 olarak bildirilmiştir (Cesari ve ark. 2002). Krishnaiah ve Ramanathan yaşlı bireylerde katarakt ile ilişkili körlük ve düşme arasındaki ilişkiyi belirlediği çalışmada düşme sıklığı %18,3 olarak bulunmuş ve görme keskinliğindeki azalmanın düşme riskini arttırdığı belirlenmiştir (Krishnaiah ve Ramanathan 2018). Vietnamda kataraktlı bireylerde düşme sıklığı ve yaralanmalarının incelendiği bir çalışmada ilk göz katarakt ameliyatından önceki yıl düşme sıklığı %12,8 iken ameliyattan sonraki yılda düşme sıklığı %10,9 olarak bulunmuş ve düşme riskinin kadınlarda üç kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (To ve ark. 2014). Palagyi ve arkadaşlarının Avustralya'da kamu hastanesinde katarakt ameliyatını beklemekte olan 65 yaş üstündeki bireylerin düşme sıklığını değerlendirdiği bir çalışmada ameliyat sırası bekleyen hastaların yarısından fazlasının (%51,7) düştüğü belirtilmiştir (Palgyi ve ark. 2016). Araştırma bulguları literatüre yakındır. Düşme ve risk faktörlerine yönelik bilgilendirmenin düşme sayısını azaltabileceği kanısındayız.

Araştırmada bireylerin çoğunluğunun (%79,1) düşmeye yönelik önlem aldığı, alınan önlemlerin çoğunun yürüme alanlarındaki kabloları sabitleme ve kaygan zeminlere yönelik önlemler olduğu belirlendi (Tablo 5). Coleman ve arkadaşlarının yaşlı kadınlarda düşme riskini incelediği çalışmada görme fonksiyonlarının bozulmasının düşme riskini arttırdığı belirtilmiştir (Coleman ve ark. 2004). Tuncay ve arkadaşlarının yaşlılarda düşme riskinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirdiği başka bir çalışmada kataraktı olan hastaların düşme riskinin üç kat yüksek olduğu bildirilmiştir (Tuncay ve ark. 2011). Yaşlı bireylerde düşme korkusunun yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmada görme fonksiyonlarında bozulmanın düşme korkusuna yol açtığı, yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Yıldırım ve Karadakovan 2004). Kataraktın oluşumu görme işlevinde bozulmaya neden olur. Görme işlevinin bozulmasıyla düşme riskini arttırarak yaşam kalitesini de bozar. Hastalar yaşadıkları düşme korkusu ile banyo yapmak, giyinmek, dışarıya tek başına alışverişe gitmek gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremezler. Bireylerin yaşam kalitesini arttırmak, düşme risklerini azaltarak düşme korkularını en aza indirebilmek için yaşam alanlarındaki riskleri en aza düşürecek önlemler alınarak hasta bireye ve yakınlarına eğitim verilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Araştırmada bireyler NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutlarından en az puanı genel sağlık (44,77±18,69), en yüksek puanı ise renkli görme (93,22±16,45) boyutlarından aldığı bulundu. (Tablo 6). Kurna ve arkadaşlarının keratokonuslu bireylerde yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada hastaların en düşük puanı göz ağrısı (54,0±23,8) en yüksek puanı ise renkli görme (91,0±17,0) alt boyutlarından aldığı belirlenmiştir (Kurna ve ark. 2014). Sivaprasad ve arkadaşlarının NEI VFQ-25 ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliğini incelediği çalışmada en düşük puanı araba kullanma (30,9±34,2), en yüksek puanı göz ağrısı (91,6±15,5) aldığı saptanmıştır (Sivaprasad ve ark. 2018). Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamalarının yüksek olmasına bağlı olarak genel sağlık puanlarının da düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bireylerin SF-12 alt boyutlarından en az puanı ağrı (25,34±31,46), en yüksek puanı ise sosyal fonksiyondan (79,77±26,76) aldığı saptandı (Tablo 6). Sönmez ve arkadaşlarının 75 yaş üzerindeki bireylerde yaşam kalitesini değerlendirdiği bir çalışmada en düşük alt boyut puanı genel sağlık, en yüksek alt boyut puanı ise emosyonel rol güçlüğü olduğu belirtilmiştir (Sönmez ve ark. 2007). Muğla'da yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin incelendiği diğer bir çalışmada ise

en yüksek alt boyut puanının emosyonel rol güçlüğü, en düşük alt boyut puanının ise canlılık ve genel sağlık olduğu bildirilmiştir (Çalıştır ve ark. 2006). Bireylerin sosyoekonomik düzeylerinin ortalama ve üzerinde olması, sağlık hizmetlerine kolay ulaşabiliyor olmak ve yanlarında sosyal destek alabilecekleri yakınlarının olmasının emosyonel olarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşüncesindeyiz. Yaş ortalamasının yüksek ve kronik hastalıklara bağlı genel sağlık durumlarının düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmada bireylerin haftada yaptığı fiziksel aktivite süresi $1152,98 \pm 3494,74$ haftada yapılan fiziksel aktivite gün sayısı $5,17 \pm 2,77$ ve günde oturma süresi $393,46 \pm 226,49$ olarak bulundu (Tablo 7). İnal ve arkadaşlarının yaşlıların fiziksel kapasitesi ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada fiziksel performansı yüksek olan kişilerin yaşam kaliteleri de yüksek olarak saptanmıştır (İnal ve ark. 2003). Yapılan diğer bir araştırmada da haftada birkaç gün yürüyüş yapan yaşlıların fiziksel açıdan daha iyi performans sergiledikleri belirlenmiştir (Brach ve ark. 2004)

Araştırmada KATZ GYA ölçeği puanı $16,85 \pm 1,77$, Lawton EGYA ölçeği puanı $20,05 \pm 3,74$ olarak belirlendi (Tablo 7). Demir Doğan ve Ünsar'ın hastanede yatan yaşlı hastalarda KATZ GYA ölçeği puanını $15,2 \pm 4,0$, Lawton EGYA ölçeği puanı ise $18,3 \pm 5,4$ olarak saptanmıştır (Demir Doğan ve Ünsar 2015). Yaşlılarda yaşam kalitesi ve düşmenin değerlendirildiği başka bir çalışmada KATZ GYA ölçeği puanı $11,56 \pm 1,09$ olarak belirlenmiştir (Yıldırım ve Karadakovan 2004). Kalp yetersizliği hastalarında ise KATZ GYA ölçeği puanı $15,61 \pm 3,13$ belirtilmiştir (Karaca ve Mert 2011). Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin incelendiği diğer bir araştırmada da Lawton EGYA ölçeği puanı $14,79 \pm 4,56$ olarak saptanmıştır (Şahin ve ark. 2016). Araştırma bulguları literatürden yüksektir. Bu farkın örneklem grubunun özelliklerine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada FES-I düşme etkinlik ölçeği puanı $24,59 \pm 9,41$, İtaki düşme riski ölçeği $8,48 \pm 4,50$ olarak saptandı (Tablo 7). Düşme etkinlik ölçeği (FES-I) puanı düşük olsa da İtaki düşme puanı 5 ve 5 in üzerinde olan tüm bireylerin düşme riski yüksek kabul edilmektedir. Yaşlılarda düşme ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada yaşlı bireylerde görme kaybının düşme korkusu yarattığı ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir (Yıldırım ve Karadakovan 2004). Görme keskinliğini kaybeden bireylerde düşmenin araştırıldığı başka bir çalışmada da görme kaybının düşme riskini arttırdığı bulunmuştur (Coleman ve ark. 2004).

Tuncay ve arkadaşları yaşlı katarakt hastalarının düşme riskinin üç kat fazla olduğu bildirmiştir (Tuncay ve ark. 2011). Bireylerin daha önce düşmemesi düşme riski taşımadığı anlamına gelmemektedir. Bireylerin düşme ihtimali bile düşme korkusunu yaratmakta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeyi etkilemektedir. Yaşam alanlarındaki engellerin kaldırılması, tutunma barlarının yapılması gibi gerekli tedbirlerin alınması, kişinin günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi için desteklenmesi, gün içerisindeki hareketlerinin arttırılabilmesi için egzersiz programlarının düzenlenmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

7.2. Hastaların NEI VFQ-25 Ölçeği ile Sosyo-Demografik ve Hastalık Hikâyesine İlişkin Değişkenlerin İncelenmesi

NEI VFQ-25 görmeye bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan güvenilir ve geçerli bir ölçektir. Yüksek puanlar görmeye bağlı yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu göstermektedir (Toprak ve ark. 2005).

Araştırmada 69 yaş ve üstünde olan hastaların NEI VFQ-25 alt gruplarından genel sağlık ve göz ağrısı puanlarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 8). Bayraktar ve arkadaşlarının senil kataraktlı bireylerin yaşam kaliteleri incelendikleri çalışmada 60 yaş altında bireylerin yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur (Bayraktar ve ark. 2016). Yapılan başka bir çalışmada da yaşla birlikte görme işlevine bağlı yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir (Esteban ve ark. 2008). Araştırma bulguları literatürden farklıdır. Bireylerin çoğunluğunun emekli olması ve ilerleyen yaş ile beraber düzenli sağlık kontrollerine gitmesi nedeniyle genel sağlık puanlarının yüksek olduğu düşüncesindeyiz.

Araştırmada erkek hastalarda NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, göz ağrısı, uzak görme, sosyal faaliyetler ve başkalarına bağımlılık puanları yüksek olarak bulundu ($p<0,05$) (Tablo 9). Lundqvist ve arkadaşları katarakt ameliyatından sonrasındaki 5 yıl boyunca cinsiyetin görme işlevi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada kadın hastaların yaşam kaliteleri daha düşük belirtilmiştir (Lundqvist ve ark. 2008). Senil kataraktlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelendiği başka bir çalışmada da erkeklerin yaşam kaliteleri daha yüksek saptanmıştır (Bayraktar ve ark. 2016). Benzer olarak Toprak ve arkadaşlarının çalışmasında da erkeklerin görme ile ilişkili yaşam kalitesi puanları yüksek olarak bildirilmiştir (Toprak ve ark. 2005).

Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Kadınların eğitim seviyelerinin daha düşük olması ve evdeki iş yükünün fazla olması nedeniyle yaşam kalitesinin düşük olduğu kanısındayız.

Araştırmada lise ve üzeri eğitime sahip hastaların NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutlarından ruhsal sağlık, rol güçlükleri ve başkalarına bağımlılık puanlarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 10). Senil kataraktlı hastaların yaşam kalitesinin belirlendiği bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olanların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu belirtilmiştir (Bayraktar ve ark. 2016). Toprak ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi yüksek bireylerin yaşam kalitesi puanları yüksek olarak saptanmıştır (Toprak ve ark. 2005). Araştırma bulguları literatürü desteklemektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin kazandıkları bilgiyi günlük yaşamlarına aktarırlar, eğitimi yüksek olan bireylerin daha bilinçli tedavi süreçlerini takip etmeleri, sosyal yaşamlarında daha aktif yer almalarıyla ilişkisi olduğu düşüncesindeyiz.

Araştırmada gelir durumu ortalamasının üzerinde olan bireylerin NEI VFQ-25 ölçeği alt boyutlarından genel görme, genel sağlık, uzak görme, göz ağrısı, ruhsal sağlık, rol güçlükleri ve başkalarına bağımlılık puanları yüksek bulundu (Tablo 11). Gelir durumunun ortalamasının üzerinde olması bireylerin sağlık hizmetine daha kolay ulaşabilmesi ve düzenli sağlık kontrollerini yaptırabilmesiyle yaşam kalitesinin arttığı kanısındayız. Ayrıca gelir durumu kötü olan bireylerin uzun tedavi süreci ile harcamaların artmasıyla yaşam kaliteleri düşmüş olabilir.

Araştırmada emekli olan bireylerin NEI VFQ- 25 ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, göz ağrısı, uzak görme ve sosyal faaliyetler puanları yüksek belirlendi. Memur/işçi/serbest meslek grubunda olan hastaların rol güçlükleri puanları yüksek bulundu (Tablo 12). Kadınların yaşam kalitesinin düşük bulunduğu çalışmada ev hanımlarının da yaşam kalitesi düşmüştür. Bu çalışmada emekli olan hastaların iş stresinden uzakta olması, sosyal faaliyetlere daha fazla katılmaları yaşam kalitesini arttırdığını düşünmekteyiz.

Araştırmada ilde yaşayan hastaların NEI VFQ- 25 ölçeği alt boyutlarından yakın görme, uzak görme, sosyal faaliyetler ve başkalarına bağımlılıkları puanları yüksek olarak belirlendi (Tablo 13). İlde yaşayan bireylerin sağlık hizmetine kolay ulaşabilir olması, düzenli sağlık kontrollerine gidebilmeleri yaşam kalitesini arttırmış olabilir.

Araştırmada sık sık fiziksel aktivite yapanların NEI VFQ- 25 ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, göz ağrısı, uzak görme, sosyal faaliyetler, ruhsal sağlık, rol güçlükler, başkalarına bağımlılıkları, renkli görme ve periferik görme puanlarından yüksek bulundu (Tablo 14). Heesch ve arkadaşlarının kadınlarda depresyonun fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada fiziksel aktivite yapan bireylerin yaşam kaliteleri yüksek bulundu (Heesch ve ark.2015). McAuley ve arkadaşlarının yaşlı kadınlarda fiziksel aktivite ve yaşam kalitesinin değerlendirdiği çalışmada fiziksel aktivitenin artmasıyla yaşam kalitesinin de pozitif yönde etkilenecek arttığı bildirilmiştir (McAuley ve ark. 2008). Araştırma bulguları literatüre benzerdir. Fiziksel aktivitenin artması kişide mental durumu ve özgüveni olumlu yönde arttırarak bireyin yaşam kalitesini yükselttiği düşüncesindeyiz.

Araştırmada kalp hastalığı, hipertansiyon, yüksek kolesterol gibi kronik hastalıkları olan bireylerin NEI VFQ-25 yaşam kaliteleri düşük bulundu (Tablo 16-18). Altuntaş ve arkadaşlarının kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesine etkisinin incelediği çalışmada kronik hastalığın ve sürekli ilaç kullanımının yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmiştir (Altuntaş ve ark. 2015). Araştırma bulguları literatür ile uyumludur. Kronik hastalık sayısının artmasıyla beraber sürekli ilaç kullanımı da artmaktadır. Bireylerin kronik hastalıklara ve kullandıkları ilaçların yan etkilerine bağlı günlük yaşamdaki aktivitelerini yerine getirmelerinde zorlanma sonucunda yaşam kalitelerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada daha önce düşen hastaların NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık, genel görme, uzak görme aktiviteleri, yakın görme aktiviteleri, rol güçlükleri ve başkalarına bağımlılık puanları daha önce düşmeyen hastaların puanlarından daha düşüktür (Tablo 20). Görme fonksiyonlarındaki bozulma ile yürüme alanındaki engeller, daha önce düşen hastaların yeniden düşme korkusu yaşaması ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeleri yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görüşündeyiz.

Araştırmada günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştiren hastaların NEI VFQ-25 alt boyutlarının çoğu yüksek bulundu (Tablo 21-22). Görme fonksiyonundaki bozulmaya bağlı olarak bireylerin ev işi, temizlik yapma gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeleri, görme alanındaki engeller, sosyal yaşamındaki fonksiyonlarını eskiden olduğu gibi yerine getirememesi ve yaş

ilerledikçe kronik hastalıkların artmasının yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği kanısındayız.

Araştırmada orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunan hastaların NEI VFQ-25 alt boyutlarından genel sağlık, uzak görme aktiviteleri, sosyal faaliyetler, rol güçlükleri ve başkalarına bağımlılık puanları daha yüksek bulundu (Tablo 23). Schliermann ve arkadaşlarının az gören bireylerde fiziksel aktivite düzeyini değerlendirdikleri bir çalışmada serbest zamanlarında aktif olarak fiziksel aktivite yapan bireylerin yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Schliermann ve ark. 2017). Araştırma bulguları literatür ile benzerdir. Düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin, kendilerine güven duyma, özgüvenlerinde artma, zihinsel ya da ruhsal problemlerde azalma ve fiziksel olarak kendini zinde hissetmesi yaşam kalitelerini arttırmış olabilir.

Araştırmada düşme riski düşük olan hastaların NEI VFQ-25 alt boyut puanları yüksek bulundu (Tablo 24-25). Düşme riski kişinin görme fonksiyonundaki azalma ve buna bağlı olarak kişinin dengesini kaybetmesi, günlük yaşamındaki işleri yaparken yalnız kalması, daha öncesinde düşme öyküsü olan bireylerin yeniden düşme korkusunun olması, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireylerin yüksek riskli ilaç kullanmasına bağlı olarak artmaktadır. Düşme riskinin artması ile beraber bireyin yaşam kalitesinin azaldığı düşünülmektedir.

Araştırmada erkek hastaların SF-12 alt boyutlarından fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü, fiziksel ve sosyal fonksiyon, mental sağlık ve mental özet skoru yüksek, kadınların ise ağrı ve canlılık puanlarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 26). Cypel ve arkadaşları görme işlevi yetersiz olan hastaların SF-36 puanlarının kötü olduğunu belirtmiştir (Cypel ve ark.2017). Bilbao ve arkadaşlarının kataraktlı hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların ameliyat öncesi yaşam kalitesinin ameliyat sonrasına göre düşük olduğu saptanmıştır (Bilbao ve ark. 2009). Yapılan başka bir çalışmada katarakt ameliyatından sonra yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir (Garcia-Gutierrez ve ark. 2014). Bunlardan farklı olarak katarakt ameliyatı sonrası üç yıl süre ile değerlendirilen hastaların yaşam kalitelerinin ameliyat öncesine göre değişiklik göstermediği saptanmıştır (Hong ve ark. 2014). Benzer olarak Owsley ve arkadaşları da katarakt ameliyatının huzur evlerinde kalan yaşlı hastalarda yaşam kalitesini arttırmadığı gösterilmiştir (Owsley ve ark. 2007). Diyabetli hastalar ile yapılan çalışmalarda erkek hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur (Spasic ve ark. 2014; Kumar ve ark. 2016). Yapılan benzer çalışmalarda da diyabetli olan

bireylerin yaşam kalitelerinin sağlıklı bireylerden düşük olduğu bildirilmiştir (Schunk ve ark. 2012; Bilgin ve ark. 2016). Azak ve arkadaşlarının Denizli’de huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada bu araştırmaya benzer olarak erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksektir (Azak ve ark. 2005). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermesine rağmen kadın hastaların ağrı puanları literatürden daha yüksektir. Kadınların yaşama dair beklentileri yüksek olduğu için hayata olan bağlılıkları da daha yüksektir. Yaşlanma ile beraber kronik hastalıkların ortaya çıkmasıyla ağrılarının da arttığı düşünülmektedir. Çalışmaya katılan erkek hastaların çoğunluğunun emekli olmasından dolayı iş stresinden uzakta yaşamlarında daha sakin bir hayatı yaşamaları, ailelerine daha fazla zaman ayırmalarından dolayı yaşam kalitelerinin yüksek olduğu görüşündeyiz.

Araştırmada lise ve üzeri eğitime sahip olanların SF-12 alt boyutlarından fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon ve fiziksel özet skor puanlarının yüksek, eğitim düzeyi ilköğretim olanların ise ağrı puanı yüksek olarak bulundu (Tablo 27). Çalıştır ve arkadaşlarının Muğla’da yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi belirlediği çalışmada eğitim düzeyindeki artışın yaşam kalitesi puanlarını da arttırdığı belirlenmiştir (Çalıştır ve ark. 2006). Eskişehir’de bir ilçedeki yaşlıların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmada WHOQOL-BREF kullanılmış ve yüksek eğitim düzeyinin yaşam kalitesinin arttırdığı saptanmıştır (Arslantaş ve ark. 2006). Güney Tayvan’da huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş ve yüksek eğitim düzeyinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Tseng and Wang 2001). Diyabetik hastalarda sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada bu çalışmaya benzer olarak eğitim seviyesinin artmasıyla SF-12 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puanının da anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur (Göz ve ark. 2007). Araştırma bulguları literatüre benzerdir. Eğitimin artmasıyla beraber bireylerin yaşam şekillerinin olumlu etkilenmesiyle fiziksel ve zihinsel durumlarına pozitif etki yaparak yaşam kalitesini arttırdığı düşünülmektedir. Eğitim durumu ilköğretim mezunu olan bireylerin daha ağır koşullarda çalışmalarına bağlı olarak kas iskelet sistemlerindeki bozukluklara bağlı daha fazla ağrı yaşadıkları görüşündeyiz.

Araştırmada SF-12 alt boyutlarından sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü ve mental özet skor puanları gelir durumu ortalamasının üzerinde olan bireylerde yüksek olduğu, gelir durumu ortalamasının altında olan bireylerde ise ağrı ve canlılık puanlarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 28). Tayvan'da huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada gelir durumu ortalamasının üzerinde olanların ortalamasının altında olanlardan yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tseng and Wang 2001). Çalıştır ve arkadaşlarının yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada da gelir durumu ortalamasının üzerinde olan bireylerin yaşam kalitesi yüksek olarak belirtilmiştir (Çalıştır ve ark 2006). İngiltere'de yaşlılarda yaşam kalitesinin incelendiği bir başka çalışmada da gelir durumu düşük olanların yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (Breeze ve ark. 2004). Araştırma bulguları literatür ile uygunluk göstermektedir. Gelir durumu ortalamasının üzerinde olan bireylerin yaşam kalitesinin yüksek olması sağlık hizmeti olanaklarına daha kolay ulaşması ve düzenli sağlık kontrollerini yaptırmalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada ev hanımlarının SF-12 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ve mental özet skorları düşük iken memur/işçi/serbest meslek grubundakilerin yüksek bulundu (Tablo 29). Erdem ve Ergüney'in koroner arter hastalarının yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada en yüksek yaşam kalitesi toplam puanı memur ve işçilerde, tüm alanlarda düşük puan ortalamaları ise ev hanımlarında görülmüştür (Erdem ve Ergüney 2005). Yunanistan'da Tip 2 diyabetli bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada ev hanımlarının sosyal ve fiziksel fonksiyon, ağrı alt boyut puanları düşük olarak bildirilmiştir (Papadopoulos ve ark. 2007). Araştırma bulguları literatür ile uyumludur. Ev hanımı olan bireylerin hayatının büyük çoğunluğunu evde temizlik ve yemek yaparak, çocuk bakarak geçirmelerinden dolayı sosyal aktivitelere yeterince zaman ayıramadıkları için sosyal ve fiziksel durumlarının olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca ağrı puanlarındaki yükseklik ev işi gibi vücut mekaniklerinin yoğun olarak kullanılmasına bağlı kas iskelet sistemindeki bozulmalara bağlı olabilir.

Araştırmada sık sık fiziksel aktivite yapan hastaların SF-12 ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puanları yüksek bulundu (Tablo 30). Orta yaşlılarda fiziksel

aktivitenin yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlendiği çalışmada kadın ve erkeklerde yaşam kalitesinin benzer olduğu ve fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır (Vatansever ve ark. 2015). İnal ve arkadaşlarının yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir (İnal ve ark. 2003). Araştırma sonucu literatür ile paralellik göstermektedir. Yaşlanmayla beraber bireylerin düşme riskleri artmakta ve bireyler düşmekten korktukları için fiziksel aktivitelerini azaltmaktadırlar. Bireylerin uygun egzersize yönlendirilmesi ve aktif olmalarının sağlanması ile düşme korkuları azaltılabilir. Ayrıca düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite psikolojik ve fiziksel açıdan kişinin iyilik durumunu arttırarak yaşam kalitesini yükseltilebileceği görüşündeyiz.

Araştırmada diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı gibi kronik hastalıkları olan bireylerin SF-12 ölçeği alt boyutlarından fiziksel ve mental özet skor puanları düşük bulundu (Tablo 31-36). Literatürde kronik kalp hastalığı, diyabet, KOAH, serobrovasküler vb. hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014). Kronik hastalığa sahip bireylerin sürekli ilaç kullanmaları, hastalıklarına bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin bazılarını gerçekleştirememesi nedeniyle yaşam kaliteleri düşük olabilir.

Araştırmada düşme öyküsü olmayan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek bulundu (Tablo 37). Stenhagen ve arkadaşlarının yaşlı hastalarda düşmenin yaşam kalitesine etkisini değerlendirdikleri çalışmada daha önce düşen bireylerin düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Stenhagen ve ark. 2014). Araştırma bulguları literatür ile benzerdir. Araştırmada düşen bireyler bağımlı ve yarı bağımlı gruptadır. Günlük yaşam aktivitelerini kendi başlarına yapamamaları başkalarından yardım almaları ve tekrar düşme korkusu yaşamaları yaşam kalitelerini düşürdüğü kanısındayız.

Araştırmada günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştiren hastaların yaşam kaliteleri yüksek bulundu (Tablo 38-39). Yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada da tam bağımsız olan yaşlıların yaşam kaliteleri yüksek olarak saptanmıştır (Kankaya ve Karadakovan 2017). Araştırma bulguları literatür ile uygunluk göstermektedir. Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini başkalarına bağımlı olmadan yapmalarının yaşam kalitelerini arttırmış alacağı düşünülmektedir.

Araştırmada orta düzeyde fiziksel aktivite yapanların yaşam kaliteleri daha yüksek olarak belirlendi (Tablo 40). Yaşlılarda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesine etkisinin belirlendiği bir diğer çalışmada fiziksel aktivite artışının yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir (Ünver Koçak ve Özkan 2009). Bireylerin düzenli olarak yaptığı fiziksel aktivite vücuda olumlu etki yaparak, kalp damar hastalıkları ve mortalite riskini azaltır. Ayrıca kas iskelet sistemini de güçlendirerek bireyin kaliteli yaşamına devam ettirmesine katkıda bulunur. Yaşam kalitesinin yüksekliği bu nedene bağlanabilir.

Araştırmada düşme riski düşük olanların yaşam kaliteleri düşük olarak saptandı (Tablo 41-42) Öztürk ve arkadaşları yaşam kalitesi ve düşme riskini incelediği çalışmada hastanede yatan düşme riskinin yüksek olduğu hastalarda yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmiştir (Öztürk ve ark. 2017). Benzer olarak Cynthia ve Anjali'nin glokomlu hastalarda düşme riski ile yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada yüksek düşme riskinin yaşam kalitesini düşürdüğü gösterilmiştir (Cynthia ve Anjali 2018). Araştırma bulguları literatürü desteklemektedir. Düşme riski kullanılan ilaçlar, görme sorunları, yaşam alanındaki engellere bağlı olarak yükselmektedir. Bu durumlar kişiyi olumsuz yönde etkilediği için yaşam kalitesini düşürdüğü düşünülmektedir.

Araştırmada NEI VFQ-25 ve SF-12 puanları artarken günlük yaşam aktivitesi puanlarının arttığı, düşme riski puanlarının ise azaldığı saptandı (Tablo 43-44). Kişinin günlük yaşam aktivitelerini başkalarına bağımlı olmadan gerçekleştirebilmesi yaşam kalitesini arttırabilir. Ayrıca kişinin yaşamında bağımsız olarak kendi başına hareket etmesi düşme riskini azaltabilir bu da yaşam kalitesini yükseltebilir.

Araştırma da düşme öyküsü ile yaş arasında ilişki saptanmadı (Tablo 45). Beyazay ve arkadaşları yaşlı bireylerde düşmenin risk faktörlerini belirlediği çalışmada yaşlı bireylerin en çok günlük aktivitelerini yerine getirmeye çalışırken düştüğü ve yaş ilerledikçe her geçen yıl tekrar düşme ile karşılaştıklarını saptamıştır (Beyazay ve ark. 2014).

Araştırma düşme öyküsü ile yaş arasında anlamlı fark saptanmazken, cinsiyet ve sürekli ilaç kullanımı ile düşme öyküsü arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 45). Kadın hastaların ve sürekli ilaç kullanan hastaların düşme öyküsü daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça düşme riskinin de arttığı belirtilmiştir. Akgül ve

arkadaşlarının çalışmasında da kadınlarda düşme öyküsü daha yüksek olarak bulunmuştur (Akgül ve ark. 2018). Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların daha fazla düşme öyküsü olduğu bildirilmiştir (Kamel ve ark. 2013; Tamıl ve ark. 2014). Araştırma sonucu literatür ile uyumludur. Kadınların daha yüksek düşme oranına sahip olması kadınların fizyolojik, psikolojik ve biyolojik süreçlerindeki farklılıklara bağlanabilir. Altuğ ve arkadaşlarının yaşlılarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmada kronik hastalığı olup sürekli ilaç kullanan kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Altuğ ve ark. 2009). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada düşük düzey aktivite yapanların, bağımlı ve yarı bağımlı hastaların ve düşme riski yüksek hastaların düşme öyküsü oranları yüksek bulundu (Tablo 48). Yapılan çalışmalarda da düşme riski artışının düşmeye neden olduğu gösterilmiştir (Gülhan Güner ve Nural 2017; Metin Akten ve Akın 2017). Düşmeye yönelik risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik önlemler alınması düşme sayısı ve sıklığını azaltabileceği düşünülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda kataraktın, hastaların görmeye ilişkin yaşam kalitesini etkilemediği ancak genel yaşam kalitesini düşürdüğü saptandı. Hastaların düşme oranının düşük olduğu belirlendi. Düşük fiziksel aktivite yapan, yarı bağımlı ve düşme riski yüksek hastalarda düşme öyküsünün fazla olduğu görüldü.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin saptanması
- Yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması
- Düşme risk faktörlerinin saptanması ve düşme riskini azaltmaya yönelik önlemlerin alınması
- Fiziksel aktivitenin önemi anlatılarak bireylerin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi
- Katarakt tanısı alan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin derinlemesine incelenmesi için nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

9.KAYNAKLAR

Akgül A, Arman N, Tarakcı E, Yılmaz Alarçın E, Saydam R, Büyükkaya F, Irmak HS, Karaslan T. İstanbul Bahçelievler ilçesinde yaşayan yaşlıların düşme prevalansı ve düşme risklerinin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2018;38(2):107-115.

Akkuş Y. Kars'ta 60 yaş üstü bireylerin ilaç kullanım davranışlarının değerlendirilmesi. Tünav Bilim Dergisi 2011;4(3):214-220.

Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Evleri: İstanbul; 2012, s: 15-40.

Aksu R, Özkırış A, Biçer C, Tosun Z, Akın A, Boyacı A. Katarakt cerrahisinde %0,5 lewebupivakain ve %2 lidokainin retrobulbar blok anestezisinin karşılaştırılması. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 1:17-21.

Altıntaş O, Akı E, Huri M. Kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal katılıma etkisi üzerine nitel bir çalışma. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2015; 3(2):79-86.

Altuğ F, Yağcı N, Bükler Nihal, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2009(1):48-60.

Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osman Gazi Tıp Derg 2006;28(2):81-89.

Asbell PA, Dualan I, Mindel J, Brocks D, Ahmad M, Epstein S. Age-related cataract. The Lancet 2005;365: 599–609.

Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(3):67-73.

Ay FA, Mesleki Temel Kavramlar. İçinde: Ay FA, (eds.). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler. 4. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2012, s :2-20.

Aydın P, Akova Y. Temel Göz Hastalıkları. Güneş Kitapevi Ltd.Şti: Ankara; 2001, s:190-200.

Aydiner Boylu A, Günay G. Yaşlı bireylerde algılanan sosyal desteğin yaşam doyumu üzerine etkisi. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2018;7(2):1351-1363.

Azak A, Karamanoğlu A, Sert H, Çetinkaya B, Çınar İ, Kartal A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Derg 2005; 55-9.

Başara BB, Güler C, Eryılmaz Z, Yentür G.K, Pulgat E. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık Yıllığı İstatistiği. Semih Ofset Matbaacılık: Ankara; 2012; s: 30-63.

Bayraktar Ş, Cebeci Z, Gözüm N, Gücükoğlu A. Senil kataraktı olan hastalarda operasyon öncesi ve sonrası görmeye bağlı yaşam kalitesi değerlendirilmesi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2016; 79(2): 54-60.

Bengisu Ü. Göz Hastalıkları. 4.baskı. Palme yayın: Ankara; 1998.

Benjamin L. Cataract surgery: Surgical techniques in ophthalmology. Çeviri ed: Hasanreisöglü B, Önel M, Aktaş Z. Veri medical yayıncılık: İstanbul; 2009.

Berke D, Aslan EF. Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: düşmeler, nedenleri ve önlemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13(4): 72-77.

Beyazay S, Durna Z, Akın S. Yaşlı bireylerde düşme riski ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2014;6(1):1-12.

Bilbao A, Quintana JM, Escobar A, García S, Andradas E, Baré M, Elizalde B; IRYSS-Cataract Group. Responsiveness and clinically important differences for the VF-14 index, SF-36, and visual acuity in patients undergoing cataract surgery. *Ophthalmology*. 2009;116(3):418-424.e1.

Bilgin M, Özenç S, Sarı O, Yeşilkaya Ş, Aydoğan Ü, Koç B. Diabet hastaların kaliteli yaşaması üzerine bir araştırma. *JCAM* 2016;6(150):159-163.

Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006; 25(3):1-6.

Birol L. Hemşirelik Süreci. 6. baskı, Etki matbaacılık yayıncılık Ltd. Şti.: İzmir; 2004, s: 11-90.

Black JM, Keene AM, Hawks J. *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*. 6. baskı, WB Saunders company: Philadelphia; 2001, s:1814-1900.

Bormusov E, Reznick AZ, Dovrat A. Potential protection by antioxidants of the action of tobacco smoke on the metabolism of cultured bovine lenses. *Metabolomics* 2013; 3:124.

Brach J, Simonsick E, Kritchevsky S. The association between physical function and lifestyle activity and exercise in the health, aging and body composition study. *JAGS* 2004;52 (7):502-509.

Breeze E, Jones DA, Wilkinson P, Latif AM, Bulpitt CJ, Fletcher AE. Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position baseline data from a randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(8):667-673.

Cesari M, Landi F, Torre S, Onder G. Prevalence and risk factors for falls in an older community-dwelling population. *J Hous Elderly*. 2012;26(1-3):137-155.

Chu LW, Chi I, Chiu AY. Incidence and predictors of falls in the Chinese elderly. *Ann Acad Med Singapore*. 2005;34(1):60-72.

Coleman AL, Stone K, Ewing SK, Nevitt M, Cummings S, Cauley JA, Ensrud KE, Harris EL, Hochberg MC, Mangione CM. Higher risk of multiple falls among elderly women who lose visual acuity. *Ophthalmology* 2004;111(5): 857-862.

Cumhur M. Temel anatomi. ODTÜ geliştirme vakfı yayıncılık: Ankara: 2001, s: 379-387.

Cynthia M; Anjali B. Glaucoma and quality of life: fall and driving risk. *Curr Opin Ophthalmol*. 2018; 29(2):135–140.

Cypel MC, Salomão SR, Dantas PEC, Lottenberg CL, Kasahara N, Ramos LR, Belfort R Jr. Vision status, ophthalmic assessment, and quality of life in the very old. *Arq Bras Oftalmol*. 2017 ;80(3):159-164.

Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006; 9(1):30-33.

Çınarlı T, Z Koç. 65 yaş ve üzeri yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(4): 660-679.

Demir Doğan M, Ünsar S. Hastanede tedavi gören 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktiviteleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(2):204-2014.

Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Association between cognitive status and activities of daily living, life quality and some demographic variables in older than 65. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2:79–86.

Edisan Z, Kadioğlu F.G. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri: etik açıdan bir değerlendirme. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 2011;19(1):8-15.

Elbay A, eki O. Sigara katarakt gelişimi için bir etken mi? Glo-Kat 2015; 10:61-71.

Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 8(3);1-9.

Erden B, Bölükbaşı S, Erdenz S, Elçioğlu M. Diabetes mellitus ve oftalmoloji. Okmeydanı Tıp Dergisi 2015; 31(Ek sayı):12-16.

Erdil F, Elbaş zhan N, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 6. Baskı, Aydoğu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. şti.: Ankara; 2012, s: 589-637.

Ergün A, Eti Aslan F, Vatan F, Olgun N, Kuğuoğlu S. Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. İçinde Karadokovan A, Eti Aslan F, (eds.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. baskı. Nobel Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. şti: Adana; 2011, s: 3-45.

Ergün A, Eti Aslan F, Vatan F, Olgun N, Kuğuoğlu S. Sağlık bakımındaki gelişmeler ve bakım uygulamaları. İçinde: Karadokovan A, Eti Aslan F, (eds.). Dāhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitapevi: Adana; 2011, s: 5-19.

Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve lm. Sağlıkta Birikim 2006; 1(2): 1-5.

Esteban JJ, Martınez MS, Navaln PG, Serrano OP, Patiņo JR, Purn ME, et al. Visual impairment and quality of life: gender differences in the elderly in Cuenca, Spain. Qual Life Res. 2008;17(1):37-45.

Evans D, Hodgkinson B, Lambert N, Wood J. Falls risk factors in the hospital setting: A systematic review. *Int J Nurs Pract.* 2001; 7 (1): 38-45.

Fidan D, Ünal B, Demiral B. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum* 2003; 13: 3-8.

Foster PJ, Wong TY, Machin D, Johnson GJ, Seah SK. Risk factors for nuclear, cortical and posterior subcapsular cataracts in the Chinese population of Singapore: the Tanjong Pagar Survey. *Br J Ophthalmol.* 2003;87(9) :1112-1120.

Fylan F, Fokken AM, Grunfeld EA. Focus-QoL: Measuring quality of life in low vision. *International Congress Series* 2005; 1282:549–553.

Garcia-Gutierrez S, Quintana JM, Aguire U, Barrio I, Las Hayas C, Gonzalez N; IRYSS-Cataract Group. Impact of clinical and patient-reported outcomes on patient satisfaction with cataract extraction. *Health Expect.* 2014 ;17(6):765-775.

Gholami A, Araghi MT, Shamsabadi F, Bayat M, Dabirkhani F, Moradpour F, Mansori K, Moradi Y, Rajabi A. Application of the World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form (WHOQOL-BREF) to patients with cataract. *Epidemiol Health.* 2016; 4;38: e2016005.

Gökçe Kutsal Y, Barak A, Baydar T. Polypharmacy in Turkish elderly; a multicenter study. *J Am Med Dir Assoc.* 2009; 10(7):486-490.

Göz F, Karaoz S, Goz M, Ekız S, Cetin I. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality- of- life. *J Clin Nurs.* 2007;16(7):1353-1360.

Gözüm N. Katarakt ve tedavisi. *Klinik Gelişim* 2012; 25:12-15.

Gülhan Güner S, Nural N. Yaşlılarda düşme: ülkemizde yapılmış tez çalışmaları kapsamında durum saptama. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2017; 2(3): 9-15.

Heesch KC, van Gellecum YR, Burton NW, vanUffelen JG, Brown WJ. Physical activity, walking, and quality of life in women with depressive symptoms. *Am J Prev Med.* 2015;48(3):281-291.

Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, Nast PA, Costantinou E, Fraser VJ. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern Med.* 2004; 19(7): 732-739.

Hong T, Mitchell P, Fong CS, Rochtchina E, de Loryn T, Wang JJ. Patients' short-term satisfaction with cataract surgery and long-term sustainability of improved visual-related quality of life over 3 postoperative years. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila).* 2014;3(2):83-87.

Işık TA, Cankuran M, Doruk H, Mas RM. Geriatrik olgularda düşmelerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9(1):45-50.

Ivers RQ, Cumming RG, Mitchell P, Attebo K. Visual impairment and falls in older adults: The blue mountains eye study. *J Am Geriatr Soc.* 1998; 46:58- 64.

İnal S, Subaşı F, Mungay-Ay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarçay V. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003;6(3):95-99.

İstatistiklerle Türkiye 2018. Yayın No: 4546, ISBN 978-605-7613-08-0. 2019 Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara; 2019.

Kamel MH, Abdulmajeed AA, Ismail Sel-S. Risk factors of falls among elderly living in Urban Suez--Egypt. *Pan Afr Med J.* 2013;14(1):26.

Kamış Ü, Zengin N, Öztürk TB, Özkağnıcı A, Kılınç AC. Katarakt cerrahisinin görme fonksiyonu ve yaşam kalitesine etkisi. *Glokom-Katarakt* 2006; 1: 127-132.

Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(4): 21-29.

Kanski JJ. Klinik oftalmoloji. 4. baskı, Nobel tıp kitapevi: İstanbul; 2007, s: 157-182.

Kaptanoğlu AY. Yaşlı Sağlığı. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2. Baskı. Nakış Ofset: İstanbul; 2012.

Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(3): 1-7.

Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014; 2(2):62-70.

Karaman Özlü Z, Tuğ Ö, Çay Yayla A. Inevitable problems of older people: presurgery information effect on anxiety levels in patients undergoing cataract surgery. J Clin Nurs. 2016;25(9-10):1388-1394.

Katz S, Ford AB, Maskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185: 914-919.

Kaymakçı Ş. Göz Hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, (eds.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. baskı. Nobel Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Adana, 2014.

Kaynak C. İnönü Emin Aytan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yoksulluğun sağlık üzerine etkisi Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006.

Keklikçi U. Konjenital kataraktlarda cerrahi tedavi endikasyonları ve optik rehabilitasyon. Dicle Tıp Dergisi 2005;32(1), 47-51.

Kılıç A, Çağlar Ç, Çınal A, Yaşar T, Demirok A, Gül A. Yetişkinlerde travmatik katarakt cerrahisi sonuçlarımız. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2007; 5(3): 125-128.

Klein BE, Klein R, Lee KE, Cruickshanks KJ. Performance-based and self-assessed measures of visual function as related to history of falls, hip fractures, and measured gait time. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*. 1998;105(1):160-164.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:102-106.

Köse MR. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. ISSN: 978-975-590-661-4, Sağlık Bakanlığı Yayın No; 1083, Ankara: 2017.

Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Ngugi KE, Dunagan WC, Fischer I, Birge S, Johnson S, Costantinou E, Fraser VJ. Case-control study of patient, medication and care related risk factors for inpatient falls. *J Gen Intern Med*. 2005; 20(2):116-122.

Krishnaiah S, Ramanathan RV. Impact of blindness due to cataract in elderly fallers: findings from a cross-sectional study in Andhra Pradesh, South India. *BMC Res Notes*. 2018 ;11(1):773.

Krishnaiah S, Vilas K, Shamanna BR, Rao GN, Thomas R, Balasubramanian D. Smoking and its association with cataract: results of the Andhra Pradesh eye disease study from India. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2005;46(1):58-65.

Kumar S, Koppad R, Chandrashekar SV. Quality of life of type 2 diabetes patients in a tertiary care hospital in southern part of India, Shimoga, Karnataka: a cross-sectional study. *International Journal of Community Medicine and Public Health (IJCMPh)* 2016;3(7):1723-1728.

Kurna SA, Altun A, Gencaga T, Akkaya S, Sengor T. Vision related quality of life in patients with keratoconus. *J Ophthalmol*. 2014; 2014:694542.

Kutsal YG, Biberoglu K, Atli T, Aslan D. Gözün yaşa bağlı hastalıkları. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi. Koza Matbaası: Ankara; 2010, s:166.

Lamoureux EL, Hassell JB, Keeffe JE. The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. *Ophthalmol* 2004; 137(2):265–270.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-186

Lee CM, Afshari NA. The global state of cataract blindness. *Curr Opin Ophthalmol*. 2017;28(1):98-103.

Lundqvist B, Mönestam E. Gender-related differences in cataract surgery outcome: a 5year follow-up. *Acta Ophthalmol*. 2008;86(5):543-548.

Malik A, Fletcher EC, Chong V, Dasan J. Local anesthesia for cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*. 2010;36(1):133-152.

Malkoç İ. Göz küresinin tabakaları: anatomik ve histolojik bir derleme. *EAJM* 2006; 38:124-129,

Marback RF, Espíndola RF, Santhiago MR, Temporini ER, Kara-Junior N. Cataract surgery: emotional reactions of patients with monocular versus binocular vision. *Rev Bras Oftalmol*. 2012;71(6):385-389.

Marsden J. Cataract: The role of nurses in diagnosis, surgery and aftercare. *Nurs Times* 2004; 100(7): 36-40.

McAuley SE, Doerksen SE, Morris K, Motl RW, Hu L, Wójcicki TR. Pathways from physical activity to quality of life in older women. *Ann Behav Med*. 2008;36(1):13–20.

Menezes C, Vilaca KHC, de Menezes RL. Fall and quality of life of people with cataracts. Rev. Bras. Oftalmol. 2016; 75(1):40-44.

Metin Akten İ, Akın S. Kırklareli il merkezinde yaşlılarda düşme prevalansı ve risk faktörler. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2017;11: 47-72.

Moon JS, Cho KS. The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia. J Adv Nurs. 2001;35(3):407-415.

Naharcı Mİ, Doruk H. Yaşlı popülasyonda düşmeye yaklaşım. TAF Prev Med Bull. 2009; 8(5):437-444.

Negrel AD, Minassian DC, Sayek F. Blindness and low vision in southeast Turkey. Ophthalmic Epidemiol. 1996; 3(3): 127-134.

Nirmalan PK, Thulasiraj RD, Maneksha V, Rahmathullah R, Ramakrishnan R, Padmavathi A, Munoz SR, Ellwein LB. A populationbased eye survey of older adults in Tirunelveli district of south India: Blindness, cataract surgery, and visual outcomes. Br J Ophthalmol. 2002; 86(5):505-512.

Owsley C, McGwin G Jr, Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A. Impact of cataract surgery on health- related quality of life in nursing home residents Br J Ophthalmol. 2007;91(10):1359-1363.

Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. baskı, Mattek Matbaacılık: Ankara; 2010, s: 130-148.

Özçetin H. Katarakt ve Tedavisi. 1.Baskı, Scala yayınevi: İstanbul; 2005, s:8-87.

Özden D, Karagözoğlu Ş, Kurukız S. Hastaların iki ölçüğe göre düşme riskinin belirlenmesi ve bu ölçüklerin düşmeyi belirlemedeki duyarlılığı: pilot çalışma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15(1): 80-88.

Özge C, Yılmaz A, Çalıkoğlu M, Yeşilli M. Katarakt tanısı ile opere edilen olguların sigara alışkanlık durumlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2006;11(2): 130-133.

Özkan Ş, Pazarlı H, Oğuz V, Akar S. Göz Hastalıkları Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi: İstanbul; 2007, s:185-300.

Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Hülya Arıkan).

Öztürk ZA, Özemir, Türkbeyler Hİ, Demir Z. Quality of life and fall risk in frail hospitalized elderly patients. *Turk J Med Sci* 2017; 47(5): 1377-1383.

Palagyi A, McCluskey P, White A, Rogers K, Meuleners L, Ng JQ, Morlet N, Keay L. While we waited: incidence and predictors of falls in older adults with cataract. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2016;57(14):6003-6010.

Palagyi A, McCluskey P, White A, Rogers K, Meuleners L, Ng JQ, Morlet N, Keay L. Visual and refractive associations with falls after first-eye cataract surgery. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2016;57(14):6003-6010.

Pan CW, Lin Y. Overweight, Obesity, and Age-Related Cataract: A Meta-analysis. *Optom Vis Sci*. 2014;91(5):478-483.

Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, Niakas D. Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health*. 2007;7(1):186.

Rius A, Guisasola L, Sabidó M, Leasher JL, Moriña D, Villalobos A, Lansingh VC, Mujica OJ, Rivera-Handal JE, Silva JC. Prevalence of visual impairment in El Salvador: Inequalities in educational level and occupational status. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;36(5):290–299.

Saygılı o, Dal A, Koçluk Y, Mete A. Konjenital katarakt. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2010; 16(3):6-8.

Schaumberg DA, Glynn RJ, Christen WG, Hankinson SE, Hennekens CH. Relations of body fat distribution and height with cataract in men. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(6):1495-1502.

Schliermann R, Heydenreich P, Bungter T, Anneken V. Health-related quality of life in working-age adults with visual impairments in Germany. *Disabil Rehabil.* 2017;39(5):428-37.

Schunk M, Reitmeir P, Schipf S, Völzke H, Meisinger C, Thorand B, Kluttig A, Greiser KH, Berger K, Müller G, Ellert U, Neuhauser H, Tamayo T, Rathmann W, Holle R. Health- related quality of life in subjects with and without Type 2 diabetes: pooled analysis of five population- based surveys in Germany. *Diabet Med.* 2012;29(5):646-653.

Sivaprasad S, Tschosik E, Kapre A, Varma R, Bressler NM, Kimel M, Dolan C, Silverman D. Reliability and construct validity of the NEI VFQ-25 in a subset of patients with geographic atrophy from the phase 2 Mahalo Study. *Am J Ophthalmol.* 2018; 190:1-8.

Song P, Wang H, Theodoratou E, Chan KY, Rudan I. The national and subnational prevalence of cataract and cataract blindness in China: a systematic review and meta-analysis *J Glob Health.* 2018;8(1):010804.

Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;15(3):219-224.

Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E, Kuralay M, Gülcan MA. İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. 2007; 21(3): 145-153.

Spasić A, Radovanović RV, Đorđević AC, Stefanović N, Cvetković T. Quality of life in type 2 diabetic patients. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš* 2014;31(3):193-200.

Stenhagen M, Ekström H, Nordell E, Elmståhl S. Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: a prospective study of the general elderly population *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58(1):95-100.

Şahin S, Boyacıoğlu H, Taşar P, Kozan E, Sarıkaya O, Akçiçek, F. Bornova ilçesinde yaşayan 65 yaş üzeri nüfustaki fonksiyonel bağımlılık oranları. *Ege Tıp Dergisi* 2016;55(2):65-70.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=267> Erişim tarihi Temmuz 2019

Tanıl V, Çetinkaya Y, Sayer V, Avşar D, İskit Y. Düşme riskinin değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2014; 1(1):21-26.

Tarsuslu Şimşek T, Tütün Yumin E, Öztürk A, Sertel M, Yumin M. Ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerde ağrı ile sağlık durumu, mobilite ve günlük yaşam aktivite düzeyi arasındaki ilişki. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi* 2011; 57: 216-220.

Tinetti ME. Preventing' falls in elderly persons. *N Engl J Med*. 2003;348(1): 42-49.

To KG, Meuleners L, Bulsara M, Fraser ML, Duong DV, Do DV, Huynh VA, Phi TD, Tran HH, Nguyen ND. A longitudinal cohort study of the impact of first- and both-eye cataract surgery on falls and other injuries in Vietnam. *Clin Interv Aging*. 2014;9:743-751.

Toprak AB, Eser E, Güler C. Görme ile ilgili sağlıkta yaşam kalitesi ölçekleri ve Ulusal Göz Hastalıkları Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeğinin Türkçe çevirisi. T. Oft. Gaz. 2005; 35: 453-459.

Tseng ZS, Wang RH. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. Public Health Nurs. 2001;18(5):304-311.

TÜİK İstatistiklerle yaşlılar 2015. Yayın no: 4365, ISBN 978-975-19-6315-4 Türkiye İstatistik Kurumu matbaası, Ankara; 2015, s: 1-76.

Tuncay SU, Özdiñler AR, Erdiñler DS. Geriatrik hastalarda düşme risk faktörlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi. Turkish Journal of Geriatrics 2011;14(3): 245-252.

Tunç M, Arbak P, Balbay Ö, Erbaş M, Bilen A. Sigara kullanımına bağı ağır KOAH gelişen olgularda oküler komplikasyonlar. Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2003;12(4):200-203.

Ulus Y, Durmus D, Akyol Y, Terzi Y, Bilgici A, Kuru O. Reliability and validity of the Turkish version of the Falls Efficacy Scale International (FES-I) in community-dwelling older persons. Arch Gerontol Geriatr. 2012;54(3):429-33.

Universal eye health: a global action plan 2014-2019. World Health Organization. ISBN 978 92 4 150656 4. İspanya 2013, (https://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf Erişim tarihi Temmuz 2019).

Unur E, Ülger H, Ekinci N. Anatomi. Medical Kitapevi: Kayseri; 2005, s: 222-230.

Uzun N, Şahbaz Y, Tarakci E. Yaşlılarda düşmeye yol açan faktörler ve koruyucu rehabilitasyon yaklaşımları. HSP 2018;5(2):267-274.

Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, K Sözmén. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ünal B, Ergör G eds. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Anıl Matbaa Ltd. Şti, Ankara; 2013, s:69-219.

Ünver Koçak F, Özkan F. Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Sports Sci. 2010;2(1):46-54

Vatansever Ş, Ölçücü B, Özcan G, Çelik A. Orta yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi 2015;2(2) 63-73.

Vignesh D, Gupta N, Kalaivani M, Goswami AK, Nongkynrih B, Gupta SK. Prevalence of visual impairment and its association with vision-related quality of life among elderly persons in a resettlement colony of Delhi. J Family Med Prim Care. 2019; 8(4): 1432–1439.

Wu TY, Chie WC, Yang RS, Liu JP, Wong WK, Liaw CK. Factors associated with falls among community-dwelling older people in Taiwan. Ann Acad Med Singapore. 2013;42(7):320-327.

Xue WW, Zhang P, Zou HD. Responsiveness and minimal clinically important difference of the Chinese version of the Low Vision Quality of Life Questionnaire after cataract surgery. Int J Ophthalmol. 2019;12(3):504-509.

Yavuz M. Ameliyat Öncesi Dönem. İçinde Karadokovan A, Eti Aslan F, (eds.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. baskı. Nobel Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd.Şti.: Adana; 2011, s: 261-390.

Yeşilbakan ÖU, Karadokovan A. Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2005;8 (2):72-77.

Yıldırım K, Karadokovan A. Yaşlı bireylerde Düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasında ilişki. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2):78- 83.

Yılmaz E, Birer Z, Baydur H. Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın kaygı ve hasta memnuniyetine etkisi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2016; 7(1): 52-62.

Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001;5(2)69-74.

Zhu M, Yu J, Zhang J, Yan Q, Liu Y. Evaluating vision-related quality of life in preoperative age-related cataract patients and analyzing its influencing factors in China: a cross-sectional study. *BMC Ophthalmol*. 2015; 15:160.



10.EKLER

EK-1. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEZ KONUSU KABUL KARAR FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/04/2018-E.37887



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Çiğdem ÖZDEMİR'in Tez Konusu Hk.

SBE CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 30.03.2018 tarih ve 12/4 sayılı yönetim kurulu toplantısında, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 141359006 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Çiğdem ÖZDEMİR'in tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Katarakt Tanısı Alan Bireylerde Düşme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi**" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Üncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Bilal Sekin
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

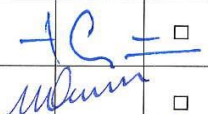

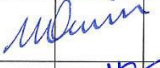

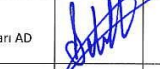






Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



CamScanner

**EK-2. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ETİK KURULU KARAR FORMU**

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	02 / 05 / 2018/ 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Katarakt Tanısı Alan Bireylerde Düşme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Emel YILMAZ - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Çiğdem ÖZDEMİR						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA-TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>			AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	06 / 04 / 2018 / Tarih ve 17651 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>							
 Prof. Dr. Zeki ARI Başkan							

EK-3.T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİN FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/05/2018-E.42982



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 61804347-100-
Konu : Çiğdem ÖZDEMİR Uygulama İzni

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 08/05/2018 tarihli ve 31027337-100-E.42150 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile Başhekimliğimiz izni istenilen "Katarakt Tanısı Alan Bireylerde Düşme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi" isimli çalışmanın yapılması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereği için bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Emin KURT
Başhekim



EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Boyunuz: Kilonuz:.....
4. Eğitim Durumunuz:
 Okuryazar değil Okur-yazar veya ilkokul mezunu Ortaokul mezunu
 Lise mezunu Yüksek okul / Üniversite mezunu
 Diğer (*Lütfen belirtiniz*).....
5. Medeni Durumunuz:
 Evli Bekar
6. Mesleğiniz:
 Emekli Ev hanımı Memur İşçi
 Diğer (*Lütfen belirtiniz*).....
7. Gelir durumunuz:
 Ortalamanın epey üstünde (zengin) Ortalamanın biraz üstünde
 Ortalama düzeyde Ortalamanın biraz altında
 Ortalamanın epey altında (fakir)
8. Sigara kullanma durumunuz:
 Halen içiyor İçmiş bırakmış Hiç içmeyen
9. Çalışma durumunuz:
 Evet (*Lütfen işinizi belirtiniz*) Hayır
10. Halen yaşadığınız yer:
 İl İlçe Köy/kasaba Diğer (*Lütfen belirtiniz*).....
11. Evde yaşadığınız kişi/kişiler:
 Yalnız yaşıyor Eşiyle yaşıyor Çocuklarıyla yaşıyor
 Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor Huzurevi ya da barınma evinde yaşıyor
12. Günlük yaşamınızda ne sıklıkla fiziksel aktivite yapıyorsunuz?
 Hiçbir zaman Ayda 1'den az Ayda 1'den fazla, haftada 1'den az
 Haftada 1 Haftada 2-4 Haftada 5 ya da daha fazla
13. Daha önce önemli bir hastalık geçirdiniz mi?
 Evet (*Lütfen hastalığı belirtiniz*) Hayır
14. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?
 Evet (*Lütfen belirtiniz*) Hayır
15. Aşağıdaki hastalıklardan sizde sürekli olarak, geçmeyen var olan kronik hastalıkları işaretleyiniz? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz*)
 Psikolojik hastalıklar Kalp hastalığı Hipertansiyon
 Yüksek kolesterol Periferik damar hastalıkları Diyabet
 Kronik hepatit, siroz Pulmoner hastalıklar Obezite
 Fiziksel engellilik Böbrek hastalıkları Osteoporoz
 GİS Hastalıkları (*ülser*) Endokrin hastalıkları Uyku sorunları
 Kas iskelet sistemi hast. Kronik ağrı (Kronik bel ağrısından başka)
 Nörolojik hastalıklar (Parkinson) Serobrovasküler hastalıklar (*inme*)
 Diğer (*lütfen belirtiniz*).....
16. Ne zamandır bu hastalıktan şikayetçisiniz?.....gün/ay/yıl
17. Hangi gözünüzde katarakt var?
 Sağ Göz Sol Göz Her iki göz

18. Katarakt yaşamınızı ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi Biraz etkiledi Orta derecede etkiledi
 Oldukça etkiledi Aşırı etkiledi

19. Katarakt günlük yaşam aktivitelerinizi (giyinme, ev işleri ve alışveriş gibi) ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi Biraz etkiledi Orta derecede etkiledi
 Oldukça etkiledi Aşırı etkiledi

20. Katarakt aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi Biraz etkiledi Orta derecede etkiledi
 Oldukça etkiledi Aşırı etkiledi

21. Daha önce hastaneye yattınız mı?

- Evet (Lütfen nedenini belirtiniz) Hayır

22. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

- Evet (Lütfen ameliyatın adını belirtiniz) Hayır

16. Katarakt ile ilgili eğitim/bilgi aldınız mı?

- Evet (Lütfen kimden bilgi aldığınızı belirtiniz) Hayır

23. (Evet yanıtı verenler için) katarakt ameliyatı hakkında bilgiyi kimden ya da nereden edindiniz?

- Doktor Hemşire Yakınım İnternet Diğer (.....)

24. Ameliyat hakkında aldığınız bu bilgiyi yeterli buldunuz mu?

- Evet Hayır Kısmen

25. Daha önce katarakt ameliyatı oldunuz mu?

- Evet Hayır

26. Ameliyat olduysanız hangi gözünüzden katarakt ameliyatı oldunuz?

- Sağ Göz Sol Göz Her iki göz

27. Ailenizde katarakt ameliyatı olan var mı?

- Evet Hayır

28. Yürüme ile ilgili olarak size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

- Yürüme ile ilgili sıkıntım yok
 Yardımsız yürüyebiliyorum ama bir yerden tutunmam gerekiyor
 Baston /yürüteç vb. ile yürüyebiliyorum
 Diğer (lütfen belirtiniz).....

29. Evinizin yapısı nasıldır?

- Tek katlı müstakil ev İki katlı müstakil ev
 Apartman dairesi (kaçıncı kat:.....) Diğer (lütfen belirtiniz).....

30. Ev ortamınız ile ilgili aşağıdaki soruların cevaplarını işaretleyiniz.

Yaşanılan Ortam ve Koşullar	Evet	Hayır
Evinizin de merdiven var mı?		
Size göre evinizin ışıklandırması yeterli mi?		
Size göre yürümenizi engelleyecek, eşik, fazla eşya vb. var mı?		
Şimdiye kadar evinizin zemini kayma ya da düşmenize neden oldu mu?		
Evinize yakın, rahatça ulaşabileceğiniz sağlık kuruluşu var mı?		
Evinizde alış veriş ve ev işlerine yardımcı olacak yakınınız var mı?		
Bakımınızda yardımcı olacak yakınınız var mı?		

31. Daha önce düştünüz mü? (Son bir yıl içerisinde)

Evet Hayır

32. Ne zaman düştünüz..... gün/ay/yıl

33. Düşmeyi hangi mevsimde yaşadınız? (Son bir yıl içerisinde)

İlkbahar Yaz Sonbahar Kış

34. Kaç defa düştünüz?.....

35. Ne sıklıkta düştünüz?.....

36. Nerede düştünüz?

Kendi evinin içinde Başka bir yerde içeride
 Kendi evinin dışıında Başka bir yerde dışarıda

37. Düşme nedeni

Tökezleme Denge kaybı Bilinmeyen
 Baş dönmesi/Bayıma Kayma Bacakların birbirine dolaşması
 Görme problemi Diğer (lütfen belirtiniz).....

38. Düşme nedeni ile hastaneye başvurduanız mı?

Evet Hayır

39. Düşme sonucunda herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

Evet (kırık, ezilme, kafa travması vb. lütfen belirtiniz)..... Hayır

40. Düşmeden sonra yapılan uygulamalar:

Evde kendi kendine uygulama yapma (lütfen belirtiniz).....
 Aile hekimine başvuru Ambulansla acil servise başvuru
 Kendi imkanları ile acil servise başvuru Röntgen çekilmesi
 Bandajlama Dikiş atılması
 Hastanede yatma Ameliyat

41. Evinizde düşmeyi önlemeye yönelik herhangi bir önlem alıyor musunuz?

Evet Hayır

42. Düşmeyi önlemeye yönelik ne tür önlemler alıyorsunuz?

Halı-kilimi kaldırma Banyoya tutamak yaptırma
 Yürüme alanında kabloları/eşyaları sabitleme Kaygan zeminlere kaydırmaz materyal yaptırma
 Merdiven kenarlarında trabzan yaptırma Ev içi aydınlatmayı artırma
 Diğer (lütfen belirtiniz).....

43. Düştükten sonra düşme korkusu oluştu mu?

Evet Hayır

EK-5. NEI VFQ-25/TR YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. BÖLÜM - GENEL SAĞLIK VE GÖRME

1. Genel olarak, tüm sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel¹ Çok iyi² İyi³ Orta⁴ Kötü⁵

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?

Mükemmel¹ Çok iyi² İyi³ Orta⁴ Kötü⁵

3. Ne sıklıkla görmeniz ile ilgili endişe duyuyorsunuz?

Hiçbir zaman¹ Nadiren² Bazen³ Çoğu zaman⁴ Her zaman⁵

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

Hiç¹ Hafif² Orta³ Şiddetli⁴ Çok şiddetli⁵

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 değil¹ Biraz zor² Orta derecede zor³

Çok zor⁴ Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım⁵

Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum⁶

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 değil¹ Biraz zor² Orta derecede zor³

Çok zor⁴ Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım⁵

Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum⁶

7. Görmeniz nedeniyle, kalabalık bir raftan aradığımız bir sevi bulmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil¹ Biraz zor² Orta derecede zor³

Çok zor⁴ Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım⁵

Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum⁶

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

Hiç zor değil¹ Biraz zor² Orta derecede zor³

Çok zor⁴ Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım⁵

Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum⁶

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

Hiç zor değil¹ Biraz zor² Orta derecede zor³

Çok zor⁴ Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım⁵

Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum⁶

10. Görmeniz nedeniyle, yürürken çevrenizdeki şevleri 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. Su 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:

Aldığınız yerlerde gündüz araba kullanmak sizin için ne kadar zor? (Birini daire içine alın)

- 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	Hiçbir zaman
17. Görmeniz nedeniyle, hedeflediğinizden daha azını mı başarıyorsunuz?					
18. görmeniz nedeniyle iş yada başka etkinlik için harcayabileceğiniz süre daha mı az					
19. Gözlerinizde veya çevresindeki ağrı ya da rahatsızlık hissi sizi yapmak istediğinizden ne kadar alıkoyuyor?					

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

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Kararsızım	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
20. Görmem nedeniyle çoğu zaman evden dışarı çıkamıyorum					
21. Görmem nedeniyle çoğu zaman kendimi sinirli hissediyorum					
22. Görmem nedeniyle işlerime daha az hakim olabiliyorum					
23. Başka insanların söylediklerine daha fazla bel bağlamak zorundayım					
24. Yardıma çok fazla ihtiyaç duyuyorum					
25. Kendimi ve başkalarını utandıracak şeyler yapmaktan endişe duyuyorum					

EK-6. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ ÖLÇEKLERİ

KATZ'IN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

1- BANYO	Puan
a-Duş, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme	(3)
b-Hiç yardıma ihtiyacı yok	(3)
c-Sadece vücudun bir kısmını temizlemede yardım gerekli	(2)
d-Vücudun birden fazla kısmını yıkamada yardım gerekli	(2)
e-Hiç banyo yapamıyorum	(1)
2- GIYİNME	
a-Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak	(3)
b-Kıyafetini alıp yardımsız giyinebiliyor	(3)
c-Kıyafetini alıp giyinebiliyor, ayakkabı bağlamaya yardım gerekli	(2)
d-Kıyafetlerini alıp giyinmede yardım, veya kısmen tamamen giyinmemiş kalıyor	(1)
3- TUVALET	
a-Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor ve eşyalarını hazırlayabiliyor	(3)
b-Destek için baston, sandalye kullanıyor	(3)
c-Tuvalete gitmede, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardım gerekiyor	(2)
d-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor	(1)
4-HAREKET	
a-Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor	(3)
b-Destek için baston, yürüme aracı kullanabilir	(3)
c-Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor	(2)
d-Yataktan çıkamıyor	(1)
5-KONTİNANS	
a-İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor	(3)
b-Ara sıra kaçırma oluyor	(2)
c-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor	(1)
6-BESLENME	
a-Yardımsız kendisi beslenebiliyor	(3)
b-Kendisi beslenebiliyor etleri kesme ve ekmek yağlamada yardım alıyor	(2)
c-Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple veya IV besleniyor	(1)
Toplam Puan ...	

**LAWTON ve BRODY ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ FORMU**

Telefonu kullanabilme -Telefonu rahatlıkla kullanabilir -Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir -Telefona cevap verir, ancak arayamaz -Telefonu hiç kullanamaz	Puan (1) (1) (1) (0)
Alışveriş -Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar -Küçük alışverişlerini kendisi yapar -Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar -Alışveriş yapamaz	Puan (1) (0) (0) (0)
Yemek hazırlama -Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir -Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir -Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz -Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır	Puan (1) (0) (0) (0)
Ev temizliği -Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir -Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir -Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz -Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir -Hiçbir ev temizliği işine katılamaz	Puan (1) (1) (1) (1) (0)
Çamaşır -Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar -Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir -Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır.	Puan (1) (1) (0)
Yolculuk -Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır -Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz -Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir -Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır -Yolculuk yapamaz	Puan (1) (1) (1) (0) (0)
İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu -İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir -İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir -İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	Puan (1) (0) (0)
Mali işler -Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir -Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir. -Mali işlerini takip edemez	Puan (1) (1) (0)

EK-7. ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM)

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığımız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri. Son 7 günde yaptığımız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığımız bu aktiviteleri düşünün

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3. soruya gidin.) Haftada ___ gün

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde ___ dakika Günde ___ saat

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? (Yürüme hariç)

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5. soruya gidin.) Haftada ___ gün

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde ___ dakika Günde ___ saat

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Yürümedim. → (7. soruya gidin.) Haftada ___ gün

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde ___ dakika Günde ___ saat

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde ___ dakika Günde ___ saat

EK-8. ULUSLARARASI DÜŞME ETKİNLİK ÖLÇEĞİ (FES-I)

		Hiç endişe duymam	Orta endişe duyarım	Endişe duyarım	Çok endişe duyarım
1	Evi temizlemek				
2	Giyinmek ve soyunmak				
3	Kolay yemekler yapmak				
4	Banyo yapmak veya duş almak				
5	Alışverişe çıkmak				
6	Sandalyeye oturmak veya sandalyeden kalkmak				
7	Merdiven inmek veya çıkmak				
8	Evin çevresinde yürümek				
9	Başınızın üstündeki bir nesneye uzanmak ya da yerden bir nesne almak				
10	Arayan vazgeçmeden önce sabit telefona cevap vermek				
11	Islak veya buzlu gibi kaygan bir zeminde yürümek				
12	Bir arkadaşı veya akrabayı ziyaret etmek				
13	Kalabalık bir yerde yürümek				
14	Taşlı zemin, bozuk kaldırım gibi engebeli bir zeminde yürümek				
15	Yokuş aşağı veya yukarı yürümek				
16	Dini toplantı, aile toplantısı veya kulüp-dernek buluşması gibi sosyal Bir etkinlik için dışarı çıkmak				

EK-9. İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Değerlendirme Zamanı

İlk Değerlendirme

Postoperatif Dönem

Hasta Düşmesi

Bölüm Değişikliği

Durum Değişikliği

		RİSK FAKTÖRLERİ	PUAN
1	Minör Risk Faktörleri	65 yaş ve üstü.	1
2		Bilinci kapalı	1
3		Son bir ay içinde düşme öyküsü var	1
4		Kronik hastalık öyküsü var.*	1
5		Ayakta/yürürken fiziksel desteğe(yürüteç, kolt değn, kişi dest vb.) ihtiyacı var.	1
6		Üriner/fekal kontinans bozukluğu var.	1
7		Görme durumu zayıf.	1
8		4'ten fazla ilaç kullanımı var.	1
9		Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1
10		Yatak korkulukları bulunmuyor /çalışmıyor.	1
11		Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1
12	Majör Risk Faktörleri	Bilinç Açık,koopere değil.	5
13		Ayakta /yürürken denge problemi var.	5
14		Baş dönmesi var.	5
15		Ortostatik hipotansiyonu var.	5
16		Görme engeli var.	5
17		Bedensel engeli var.	5
18		Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5
19		Son bir hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5
TOPLAM PUAN			

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME

Düşük Risk Toplam Puanı 5'in altında

Yüksek Risk Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

EK-10. SF-12 ÖLÇEĞİ

Bu soru formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bu formu doldurduğunuz için teşekkürler!

Aşağıdaki her soru için lütfen en uygun cevabın karşısındaki kutuyu ile işaretleyin.

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel¹ Çok iyi² İyi³ Zayıf⁴ Kötü⁵

2. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, ya da bisiklete binme, yüzme gibi hafif spor yapmak	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b. Birkaç kat merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

3 Geçtiğimiz 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde, bedensel sağlığınıza nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle zamanın ne kadarında karşılaştınız?

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Seyrek Olarak	Hiç bir Zaman
Yapmak istediğinizden daha Azını yapabilmek.....	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak.....	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

4. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemler nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle ne kadar sıklıkta karşılaştınız (bunalmı veya fazla heyecan hissetmek gibi)?

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiç bir zaman
a. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek.....	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak.....	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

5. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca, ağrı normal isinize (ev dışında ve ev isinde) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı¹ Biraz² Orta derecede³ Epey⁴ Çok fazla⁵

6. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz 4 hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı-

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiç bir zaman
a. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b Çok enerjiniz oldu?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. Çökkün ve kederli oldunuz?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

7. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? Bu soruları cevapladığımız için teşekkürler!

Her zaman¹ Çoğu zaman² Bazen³ Seyrek olarak⁴ Hiçbir zaman⁵

Çalışmamıza Verdiğiniz Katkılar İçin Teşekkür Ederiz...

**EK 11. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ
GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.):

Kataraktlı Bireylerde Düşme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Çalışmanın konusu, daha önce yapılan tetkiklerde katarakt tanısı almış bireylerde düşme sıklığı ve yaşam kalitesinin belirlenmesidir.

Sağlık sorunlarına ve düşmelere bağlı olarak gelişen işlevsel yetersizliğin en önemli göstergesi günlük yaşam aktiviteleridir. Yaşlılarda en fazla zorluk yaşanan günlük yaşam aktiviteleri yürüme, ev dışına çıkma, merdiven çıkma, alışveriş yapma gibi mobilite yetersizliği ile ilgili aktivitelerdir. Buna bağlı olarak hastalarda yaşam kalitesi de azalmaktadır. Kataraktlı bireylerin düşme açısından değerlendirilmesi, risk faktörlerinin erken fark edilmesi, hastanın ve birlikte yaşadığı bireylerin eğitilmesi düşme insidansını azaltabilmektedir.

Literatürde düşmeler ve işlevsel yetersizliğe ilişkin çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Ancak bu çalışmaların çoğu farklı toplum ve kültürlerden seçilmiş örnek gruplarda gerçekleştirilmiştir. Türkiye’de yapılmış çalışmalar ise daha çok huzurevinde ya da kurumlarda yaşayan yaşlılara yöneliktir. Türk toplumuna ve özellikle de kataraktlı hastaların düşme sıklığı ve yaşam kalitesine ilişkin çalışma sayısı yetersizdir. Araştırma sonucunda elde edilecek bulguların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Size yedi bölümden oluşan anket bir anket formu uygulanacaktır. Lütfen ankette yer alan soruları rahat bir şekilde cevaplayınız. Formları rahat ve sakin bir ortamda doldurmanız uygun olacaktır. Anketleri okumakta zorluk çektiğiniz yerlerde size yardım edilecektir. Anketlerin doldurulması 20-30 dakika arasında sürmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu araştırma, daha önce yapılan tetkiklerde katarakt tanısı almış bireylerde düşme sıklığı saptanması, görme işlevinin günlük yaşam aktivitesi ve fiziksel aktivite üzerine etkisinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Ayrıca yaşadığı sorunların yaşam kalitesine etkisini belirlemede önemli bir veri kaynağı olacaktır. Araştırmadan elde edilecek sonuç ile katarakt tanısı almış bireylerde düşme sıklığı ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılacak diğer araştırmalara yol gösterici bir çalışma olacaktır. Sağlık çalışanları içinde düşme riski yüksek olan kataraktı olan bireylere nasıl davranılması gerektiği konusunda yol gösterici olacaktır. Ayrıca bilim dünyası için yararlı bir araştırmada sizin de payınız olacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmada sadece araştırmacı tarafından sorulan soruları yanıtlamanız istenecektir. Çalışmaya katılmanızın size bir olası bir zararı olmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Anket formlarına isminizi yazmanız gerekmeyecektir. Çalışmaya vereceğiniz cevaplarımız araştırma amacıyla kullanılacak ve bilgiler saklı tutulacaktır. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1.Doç. Dr. Emel YILMAZ Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi, 0 535 46484874

2.Hemş. Çiğdem ÖZDEMİR Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi İç Hastalıkları AD, 0506 7433619

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir

kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Arařtırmaçı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Çiğdem	Soyadı	ÖZDEMİR
Doğum Yeri	Antalya	Doğum Tarihi	09.03.1985
Uyruğu	T.C.	Tel	0 506 743 36 19
E-mail	cigdem.kumasoglu@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Trakya üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu	2007
Lise	YDA Karatay Lisesi	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Anestezi Yoğun Bakım	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi	2009-2015
Dahiliye Servisi	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi	2015-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	İyi

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			

Yayınlanan Bildiri ve Makaleler

Sertifikalar

- 1) Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası

Üyelikler: Türk Hemşireler Derneği

Manisa Sağlık Çalışanları Derneği

12. YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: Katarakt Tanısı Alan Bireylerde Düşme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi

Tezime ilişkin 26/08/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %14'dür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

26.08.2019

Adı Soyadı : Çiğdem ÖZDEMİR
Öğrenci No : 141359006
Anabilim Dalı : Hemşirelik AD
Programı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans
Lisans Programı

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR
(Doç. Dr. Emel YILMAZ)

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>