



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GÖRME KAYBI OLAN BİREYLERDE GÖRMEYE BAĞLI
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÜL DEMİREL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

İSTANBUL-2011

I. TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (x) Doktora ()

Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Sahibi : Gül DEMİREL

Tez Başlığı : Görme Kaybı Olan Bireylerde Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Sınav Yeri : M.Ü. SBF Hemşirelik Bölümü Haydarpaşa

Sınav Tarihi : 29.09.2011

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Yard. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK	M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları A.D.	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR	M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları A.D.	
Yard. Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ	M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği A.D.	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 06.../10./2011 tarih ve 58 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

II. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Gül DEMİREL

21.09.2011

III. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim boyunca gösterdiği üstün anlayış ve rehberliği ile ayrıca tezimin hazırlanması boyunca gösterdiği titizlik, özveri ve bilimsel katkılarından dolayı tez danışmanım

Yrd. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK'a,

Her daim yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım,

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR' a ve

Yüksek lisans eğitim süresince katkılarından dolayı

Yrd. Doç. Dr. Ükke KARABACAK'a,

Tez çalışmamdaki katkıları ve sağladıkları kolaylıklardan dolayı
Klinik Şefi **Prof. Dr. Hülya GÜNGEL**, Başhemşire **Bircan ŞAHİN** ve

Tüm çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Her zaman yanımda olan ve tez sürecimde gösterdiği anlayış için

aileme,

her koşulda desteğini hissettiğim

Göksel ULAY'a sonsuz teşekkür ederim.

IV. İÇİNDEKİLER

I.	TEZ ONAYI.....	i
II.	BEYAN.....	ii
III.	TEŞEKKÜR.....	iii
IV.	İÇİNDEKİLER.....	iv
V.	KISALTMALAR.....	vi
VI.	TABLolar LİSTESİ.....	vii
VII.	ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
1.	ÖZET.....	1
2.	SUMMARY.....	2
3.	GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4.	GENEL BİLGİLER.....	6
4.1.	Gözün Anatomisi.....	6
4.2.	Görme.....	8
4.3.	Görme Fonksiyonları.....	10
4.3.1.	Görme keskinliği.....	10
4.3.2.	Görme Alanı.....	11
4.3.3.	Kontrast Duyarlılık.....	11
4.3.4.	Renkli Görme.....	11
4.3.5.	Işığa Adaptasyon.....	12
4.3.6.	Binoküler Görme ve Derinlik Hissi.....	12
4.4.	Görme Fonksiyonunun Sınıflandırılması.....	12
4.5.	Görme Kaybına Neden Olan Göz Hastalıkları.....	15
4.5.1.	Ön Segment Hastalıkları.....	16
4.5.2.	Arka Segment Göz Hastalıkları.....	21

4.6.	Yaşam Kalitesi.....	23
4.7.	Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi.....	26
5.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
5.1.	Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	30
5.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
5.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	30
5.4.	Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	30
5.5.	Verilerin Toplanması.....	31
5.5.1.	Veri Toplama Araçları.....	31
5.6.	Veri Toplama Yöntem ve Süreci.....	34
5.7.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
5.8.	Araştırmanın Etik Yönü.....	35
5.9.	Araştırmanın Sınırlıkları.....	35
6.	BULGULAR.....	36
6.1.	Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular.....	37
6.2.	Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular.....	39
6.3.	Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	41
7.	TARTIŞMA ve SONUÇ.....	64
7.1.	Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	64
7.2.	Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	65
7.3.	Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	67
8.	KAYNAKLAR.....	76
9.	EKLER.....	82
10.	ÖZGEÇMİŞ.....	97

V. KISALTMALAR

AK: Araba Kullanma

GA: Göz Ağrısı

GBBB: Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık

GBRG: Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri

GBRS: Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık

GBSF: Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon

GBYK: Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi

GG: Genel Görme

GİB: Göz İçi Basıncı

GK: Görme Keskinliği (Snellen)

GS: Genel Sağlık

GSBYK: Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi

NEI-VFQ-25: National Eye Institute Visual Function Questionnaire 25, Ulusal Göz Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği

RG: Renkli Görme

PG: Periferik Görme

TP: Toplam Skor

UA: Uzak Aktiviteler

YA: Yakın Aktiviteler

YBMD: Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu

YK: Yaşam Kalitesi

VI. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.4.1. Uluslararası Göz Hekimliği Konseyi'ne Göre Görme Kaybı Dereceleri.....	14
Tablo 5.5.1. NEI-VFQ 25 Alt Ölçek Soru Değerleri.....	32
Tablo 5.5.2. NEI-VFQ-25 Ölçeğinin Puan Değerleri.....	33
Tablo 6.1.1. Sosyo-Demografik ve Yaşam Biçimine Yönelik Özelliklerin Dağılımı	37
Tablo 6.1.2. Hastalık ve Görmeye İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	38
Tablo 6.2.1. NEI-VFQ-25 İlişkin Puan Değerleri.....	39
Tablo 6.3.1. NEI-VFQ-25 Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	41
Tablo 6.3.2. NEI-VFQ-25 Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	42
Tablo 6.3.3. NEI-VFQ-25 Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması....	44
Tablo 6.3.4. NEI-VFQ-25 Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 6.3.5. NEI-VFQ-25 Puanlarının Yaşanılan Kişiye Göre Karşılaştırılması.....	47
Tablo 6.3.6. NEI-VFQ- 25 Puanlarının Mesleğe Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 6.3.7. NEI-VFQ-25 Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	50
Tablo 6.3.8. NEI-VFQ-25 Puanlarının Kronik Hastalığa Göre Karşılaştırılması.....	52
Tablo 6.3.9. NEI-VFQ-25 Puanlarının Mevcut Bulunan Göz Hastalığına Göre Karşılaştırılması.....	54
Tablo 6.3.10. NEI-VFQ-25 Puanlarının Görme Kaybı Süresine Göre Karşılaştırılması.....	56
Tablo 6.3.11. NEI-VFQ-25 Puanlarının İyi Gören Göz Görme Keskinliğine Göre Karşılaştırılması.....	58
Tablo 6.3.12. NEI-VFQ-25 Puanlarının Kötü Gören Göz Görme Keskinliğine Göre Karşılaştırılması.....	61

VII. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil. 1. Gözün Yapısı.....	7
Şekil. 2. Snellen Görme Keskinliği.....	11
Şekil. 3. Gözün Anatomisi.....	16
Şekil. 4. NEI-VFQ-25 İlişkin Puan Değerleri.....	40

1. ÖZET

Araştırma çeşitli boyutlarda görme kaybı olan bireylerde görmeye bağlı yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla ileriye yönelik kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin Göz servisinde 03.03.2011-03.06.2011 tarihleri arasında yatan ve görme kaybı olan tüm hastalar (308), örneklemini ise örnekleme alınma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 247 hasta oluşturdu. Veri toplanmasında Hasta Tanılama Formu ve Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görmeye İlgili İşlevleri Anketi (NEI-VFQ 25) kullanıldı. Veri analizinde; frekans, yüzdelik oran, ortalama, standart sapma, Kolmogorov-Smirnov dağılım testi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Araştırmanın sonucunda; NEI-VFQ 25'in Cronbach's Alpha değerinin 0.97 olarak güvenilir olduğu görüldü. Hastaların NEI-VFQ 25'in alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının 38.77 ± 15.43 - 76.64 ± 30.47 arasında değiştiği, toplam puan ortalamasının 56.72 ± 21.59 olduğu ve alınabilecek en yüksek puanın 100 olduğu göz önünde bulundurulduğunda görmeye bağlı yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlendi. Görmeye bağlı yaşam kalitesinin ön ve arka segment hastalıklarının her ikisine de sahip olan, iyi ve kötü gören gözde görme kaybı derecesi fazla olan, ilave kronik hastalıklara sahip olan, ev hanımı olan ve gelir durumu kötü olan hastalarda düşük; lisans mezunu olan hastalarda yüksek olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Görme kaybı, görmeye bağlı yaşam kalitesi, hemşirelik

2. SUMMARY

Evaluation of Vision-Related Quality of Life in Individuals with Vision Loss

This research has been done to evaluate the factors affecting the vision-related quality of life in individuals with loss of vision. This study is prospective, cross-sectional and descriptive. The research population consists of all patients with vision loss at an eye clinic of one of the Ministry of Health's Education and Research Hospitals. These patients (308) were registered between 03.03.2011 - 03.06.2011. The sample consists of patients accepted to join this research and complying with the criteria (247). Patient Identification Form and National Eye Health Institute Visual Functions Questionnaire (NEI-VFQ 25) are used to collect data. Frequency, percentage, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov Distribution Test, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests are used for data analysis. In the end of the research, Cronbach's Alpha value of NEI-VFQ 25 was found as 0.97 and was considered to be reliable. Vision-related quality of life is considered to be low, since the average score of sub-scales of NEI-VFQ 25 changing between 38.77 ± 15.43 and 76.64 ± 30.47 and the total average point is 56.72 ± 21.59 , while the maximum score is 100. It has been also determined that the vision-related quality of life is low in patients who are housewives, have both anterior and posterior segment diseases, additional chronic illnesses, in patients with more vision loss in both eyes with good and bad vision, with low income; while it is high in patients with bachelor's degree.

Keywords: Vision loss, vision-related quality of life, nursing

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanın doğaya adım atmasıyla birlikte ilk yaptığı şey, gözünü açarak çevresine bakması ve görmeye çalışmasıdır (Küçüköner 2005). Duyu sistemimizdeki önemi çok büyük olan gözlerimiz bir imaj oluşturmak üzere bizlere pencere görevi yapmaktadır (Okka 2007). Beş duyu organımızdan biri olan göz ve görme, bildiklerimizin %80'ini öğrenmemizi sağlayan yoldur. Görme duyusu; ışık, şekil, renk, hareket ve derinlik gibi çok çeşitli özelliklerin toplamını algılamayı sağlar (Temiz 2010).

Gözün görsel bilgiyi beyine düzgün bir şekilde aktarabilmesi için bazı fonksiyonlara sahip olması gerekir (Faye 2000). Göz muayenesi, kişinin şikayetine bakılmaksızın, görme derecesinin saptanmasıyla başlar. Görmesi tam olmayan kişide ilk önce kırılma kusurunun varlığı araştırılır. Kırılma kusurunun düzeltilmesine karşılık görmenin tam (1.0) olmadığı durumlarda patolojik neden aranır (Bengisu 1998). Görme işlevini oluşturan yapılardaki anormallikler, görmenin azalmasına; yani “görme kaybına” neden olur (Aydın, Bayraktar 2007).

Genel terim olarak kullanılan görme kaybı görme işlevinin tüm (körlük) veya kısmi (az görme) kaybını da içeren bir tanımdır ve görme özürlülük veya işlevsel görme kaybını da içerir (<http://www.icoph.org/downloads/visualstandardsreport.pdf> Erişim Tarihi 10.08.2010, Ceyhan 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre 2001 yılı itibariyle dünyada yaklaşık 45 milyon kör vardır ve 135 milyon kişi de görme eksikliği nedeniyle yaşamını sürdürebilmek için bir desteğe ihtiyaç duymaktadır. Görmeyenlerin %58'i 60 yaş ve üzerindedir. Nüfus tahminlerine göre 2020 yılında 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 1.2 milyara ulaşacağı, aynı yaş grubunda 54 milyon kişinin kör olacağı, bu sayının yaklaşık yarısının da gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (Bilir, Aslan 2003).

Türkiye'de körlük nedenleri katarakt, kornea hastalıkları, göz yaralanmaları, dejeneratif miyopi, trahom, glokom, diabetik retinopati, yaşa bağlı maküla dejenerasyonu (YBMD) olarak sınıflandırılır (Çetin 2004).

Görme özürülüğün ülkemizde de oldukça geniş bir nüfusu ve ailelerini ilgilendirdiği bilinmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan Türkiye Özürülüler Araştırması 2002'ye göre, "görme özürülü"ler nüfusun % 0.6'sını oluşturmaktadır (<http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf> Erişim Tarihi: 15.06.2001, Ceyhan 2006).

Yaşam kalitesi (YK); kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, YK'nin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlarla bütünleşmiş bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (Başaran, Güzel, Sarpel 2005).

Son yıllarda, hemşirelik biliminde sıklıkla sözü edilen yaşam kalitesi kavramı, hemşirelik girişimlerinin sonuçlarını değerlendirmede giderek daha fazla kabul görmektedir. Hemşirelik yaşam kalitesine yönelik uğraş vermeyi, hastayı rahatlatmayı, uygun bakımı vermeyi ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen bir bilimdir (Savcı 2007).

Günümüzde hastalıkların nedenini tespit ve tedavi etmek kadar, hastalıktan kaynaklanan sosyal sorunlara da çözüm üretmek önemlidir. Çok başarılı tedavi uygulamalarına rağmen, birçok hastalığın sekellerine halen çözüm bulunamamaktadır. Göz ve görme de bu kapsamda değerlendirilmektedir (Aydın, Akova 2001).

Görmeye bağlı yaşam kalitesi (GBYK) kavramı görme bozukluğunun gündelik işlevlere olan etkisinin araştırılması fikrinden ortaya çıkmıştır. Görme bozukluğuna bağlı duygulanım, örneğin görmeyle ilişkili bazı işlevleri yapmada yetersizlik hissi gibi durumları somut olarak tanımlamak için GBYK ölçülmektedir. Günümüzde göz hastalıklarında da tedavi sonuçları ve demografik verilerin değerlendirilmesi için hasta temelli öznel görme işlevi değerlendirilmelerine duyulan ihtiyaç artmaktadır (Savar 2009).

Goethe “Kulak dilsiz, ağız sağırdır, ama göz hem duyar hem konuşur” der. Goethe’nin söylediği gibi görme duyusu çok önemlidir (Temiz 2010).

Bu araştırma çeşitli boyutlarda görme kaybı olan bireylerde görmeye bağlı yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı.

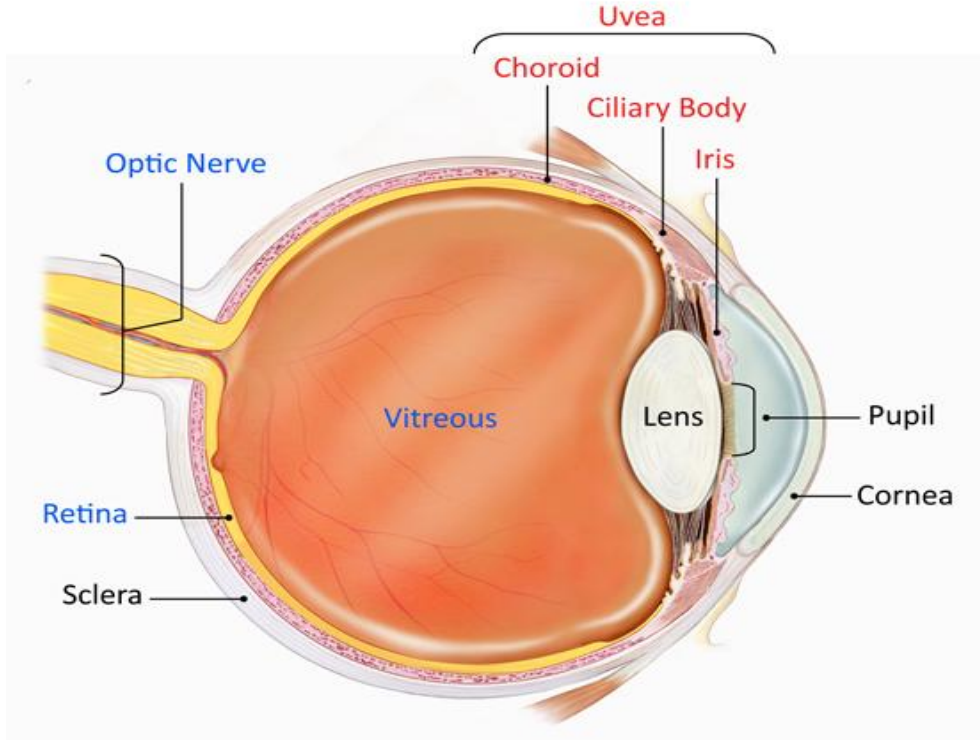
4. GENEL BİLGİLER

4.1. Gözün Anatomisi

Göz, insan vücudunun en karmaşık ve en dikkat çekici yapıların biridir. (<http://www.healthyeeyes.org.uk/index.php?id=16> Erişim Tarihi: 12.08.2011). Orbita adı verilen göz çukurunun ön yarısında, yağ ve bağ doku ile çevrili bir hamağın üzerine yerleşmiştir. Açıkta kalan orbita kemik kenarları ve göz kapakları tarafından korunur. Orbita duvarları yedi adet kemikten yapılmıştır. Bunlar etmoid, frontal, lakrimal, maksiller, palatin, sfenoid, zigomatik kemiklerdir. Ortalama ağırlığı 7.5 gr, ortalama hacmi 6.5 cc dir. Dört rektus ve oblik kas ile orbita tepesine tutunmuştur. Beyin ile bağlantısını optik sinir sağlar. Göz kapaklarının yanı sıra; gözyaşı bezi, drenaj sistemi, kirpikler gibi yardımcı organları ve zengin bir damarlanma sistemi vardır.

On iki kafa çiftinden altısının çeşitli sempatik ve parasempatik sinir dallarının zengin sinir örgüsü ile göz; iki görüntüyü renkli, üç boyutlu ve tek olarak algılama gibi karmaşık pek çok fonksiyonu bir arada gerçekleştiren bir organdır ve yapı olarak fotoğraf makinesine benzer. Fotoğraf makinesinin objektif kısımlarını gözün kırıcı ortamları, diyaframını pupilla, film tabakasını ise retina oluşturmaktadır (Aydın, Akova 2001).

Her göz, küresel şekli koruyan dayanıklı fibroz bir yapıdan, görüntüyü odaklayan bir mercek sisteminden ve görüntüyü toplayan ve merkezi sinir sistemine ileten fotosensitif hücrelerden oluşur (Noyan 1998).



Şekil. 1. Gözün Yapısı (<http://www.nei.nih.gov/health/uveitis/uveitis.asp>)

Erişim Tarihi: 01.09.2011)

Göz anatomik olarak dıştan içe doğru **sklera**, **uvea** ve **retina** tabakalarından oluşur (Şekil.1.).

Sklera gözün dışarıdan görülebilen beyaz kısmıdır. Büyük çoğunluğu kollojenden oluşan bu tabaka gözün iç yapılarını korur ve onlara destek sağlar. Sklera gözün ön kısmında kornea adı verilen saydam tabaka ile devam eder. Kornea yaklaşık bir santimlik çapı ve yarım milimetre kalınlığı ile gözün ışığı kırarak odaklama yeteneğinin 2/3'sini oluşturur. Kornea gözün ışık ışınlarını en fazla kıran bölümüdür. Lens ile birlikte çalışarak göze giren ışığı retina üzerine odaklar.

Uvea skleranın altında bulunan yoğun kan dolaşımı olan göz tabakasıdır. İris, siliyer cisim ve koroid olmak üzere 3 kısımdan oluşur.

İris göze rengini veren kısımdır. Renkli olmasını sağlayan yapısındaki pigment yoğunluğudur. İrisin ortasında bulunan siyah bir daire şeklinde görülen açıklığa pupilla denir. İris yapısında bulunan sfinkter ve dilatatör kaslar sayesinde pupillanın büyüklüğünü ayarlar. Bu sayede göze giren ışığın miktarı kontrol edilir.

Siliyer cisim göz içi basıncını oluşturan aköz humör denilen sıvının üretimini sağlar. Ayrıca yapısında bulunan siliyar kaslar lensin hareketini denetleyerek gözün uzağa ve yakına uyum sağlamasını (akomodasyon) kontrol ederler. Lens irisin arkasında bulunan renksiz, bikonveks ve ışığı tamamen geçirebilen şeffaf yapıdır ve şeklini değiştirerek göze gelen ışığı retina üzerine odaklar. Lens ile retina arasında bulunan geçirgen, elastik jel şeklindeki sıvıya vitreus denir. % 98'i sudan oluşan bu yapı göz küresinin şeklini korur. Lens, esnek yapısıyla kırma gücünü anlık olarak değiştirerek, farklı uzaklıklardaki görüntülerin retina üzerinde odaklanmasına olanak sağlayan akomodasyon yeteneğine sahiptir.

Koroid retina ile sklera arasında yer alan gözün damarsal tabakasıdır. Retina ve gözün diğer kısımlarının beslenmesini sağlayan kan damarlarını içerir.

Retina gözün en iç tabakasıdır. Retinada odaklanan ışık, optik sinir yolu ile beyne iletilir. Retinanın merkezi görmeden sorumlu, sarı renkli olan kısmına maküla denir. Makülanın merkezinde gözün ışığa en hassas bölgesi olan fovea sentralis bulunur. Retina iç kısımda bulunan duyuşal tabaka ve dışta bulunan retina pigment epiteli olmak üzere iki tabakadan oluşur. Bu iki tabaka arasında potansiyel bir boşluk bulunur. Duyuşal retina fotoreseptörler, bipolar hücreler, ganglion hücreleri ve bunlara destek sağlayan hücrelerden oluşur. Retinada rod ve koni adı verilen ışığa hassas iki tip fotoreseptör hücresi yer alır. Rod hücreleri objelerin şeklini ve hareketini algılayan fotoreseptörlerdir. “Rodopsin” adı verilen görsel pigment içeren rodlar karanlıkta görmeden sorumludur. Maküla bölgesinde yoğunlaşmış olan koni hücreleri renk algılama ve detaylı görmede rol oynarlar. Mavi, yeşil ve kırmızı ışığa duyarlı pigmentler içerirler. Koni hücreleri gündüz görmeden sorumludur (Schwartz, 2004, Forrester, Dick, McMEnamin, Lee 2002 1996, Weale 2000).

4.2. Görme

İnsanın doğaya adım atmasıyla birlikte ilk yaptığı şey, gözünü açarak çevresine bakması ve görmeye çalışmasıdır. Görme konuşmadan önce gelmektedir (Küçüköner 2005). Gözlerimiz bir imaj oluşturmak üzere bizlere pencere görevi yapmaktadırlar. Duyu sistemimizdeki önemi çok büyüktür (Faye 2000). Görme duyusu toplumlarda en çok önem verilen ve kaybından korkulan duyulardan biridir (Ceyhan 2006).

Türk Deyimler Sözlüğü'nde göz ile ilgili iki yüzden fazla deyim var iken; can ve kalp ile ilgili toplam deyim sayısı yüzün altındadır. Göz ve görme ile ilgili deyimlerin çokluğu, kültürümüzde bu duyuya verilen önemin bir göstergesidir (Ceyhan 2006).

Görme sistemi; göz ve retina tabakası, optik sinirler ve beyin içindeki görme yollarından oluşur. Gözün optik elemanları kornea, irisin pupiller açıklığı (pupilla), lens ve retinadır. Işık, kamera anteriordan ve korpus vitreumdan geçerek retinaya ulaşır (Özlu 2008).

Göz tabakaları ışığın kırılmasını ve miktarını ayarlayarak, nesnenin ağ tabaka üzerinde net görüntü vermesini sağlar. Çevredeki cisimlerden gelen ışık önce en dıştaki saydam kornea tabakasına girer. Saydam tabaka, yakınsak mercek rolünü üstlenerek ışığı kırar. Saydam tabakadan kırılarak geçen ışık demeti göz sıvısından geçerken de kırılıp, irisin ortasından pupillaya gönderilir. İris ve pupiller, ışık şiddetine göre daralıp genişleyerek ışık miktarını ayarlayıp net görmeye yardımcı olur. Pupilladan geçen ışınlar irisin arkasında ise diğer bir odaklama aracı olan lense iletilir. Lenste kırılan ışınlar göz küresinin arka odacığını dolduran vitreustan geçerek retinaya gider. Gözün ön arka eksenini (aksiyel uzunluk) gözün asıl odaklama elemanları olan kornea ve lensin kırıcılığı ile uyumlu ise ışık ışınları (fotonlar) gözün ışığa duyarlı tabakası olan retinada odaklaşır. Ağ tabakası üzerine düşen nesnenin ışıksal görüntüsü, ağ tabakadaki koni ve çomak hücrelerinde kimyasal süreci başlatır. Fotoğraf filmi gibi görev yapan retina fotoreseptörler aracılığıyla ışık enerjisini elektriksel enerjiye dönüştürür. Optik sinir yoluyla iletilen bu enerji beyinde görüntü olarak algılanır (Özçetin 2004, Aydın, Bayraktar 2007, Aydın, Akova 2001, Forrester et al 1996, Ceyhan 2006).

Beyinde diğer duyu uyarımları ve geçmiş tecrübeler bir araya getirilerek yorumlanıp uygun cevap açığa çıkartılır (Clemons, Chew, Bressler, McBee 2003).

Görme işlevini oluşturan yapılardaki anormallikler, görmenin azalmasına; yani "görme kaybına" neden olurlar. Bireylerin sosyal ve günlük yaşam yeteneklerini ve topluma katılımlarını ve böylece toplumun sosyal ağının büyümesini sağlar. Görme bu rollerin gelişiminde ve öğrenilmesinde büyük rol oynar (Lewis, Iselin 2002).

4.3. Görme Fonksiyonları

Beynimize ulaşan bilgilerin % 80'inin giriş yeri olan göz, bir iletim yolu işlevi görür. Duyularımızın en mükemmeli ve en inceliklisi olan gözün fonksiyonunu ölçmek oldukça incelikli ve çok yönlüdür (Aydın 2009).

Gözün görsel bilgiyi beyine düzgün bir şekilde aktarabilmesi gerekli fonksiyonlar; görme keskinliği, görme alanı, renk, akomodasyon, ışığa adaptasyon, kontrast duyarlılık, binoküler görme ve derinlik hissidir (Faye 2000).

4.3.1. Görme keskinliği

Görme keskinliği detayları görebilme yeteneğidir. Yüzleri seçebilme, parayı tanıyabilme gibi pek çok günlük yaşam aktivitesinde görme keskinliği oldukça önemli rol oynamaktadır. Görme keskinliği orta yaşa kadar en yüksek değerine ulaşır, daha sonra yaşla birlikte giderek azalma gösterir. Görme keskinliğinin belirlenmesi, hastaların görme kaybını değerlendirmekte kullanılan standart metod olmuştur (Zhang et al 2008).

Belirli mesafeden gösterilen test kartlarının okunması esasına dayanan ve klinikte en sık kullanılan yöntemlerden biri Snellen eşelidir (Forrester et al 1996). Bu yöntemi ilk defa Snellen (1862) bir harf eşelinde gittikçe küçülen harfleri okutarak uygulamış ve görme keskinliğini hastanın görme yeteneğini normal olarak kabul ettiği bir standarda göre oranı olarak tanımlamıştır. Snellen eşeli ile ölçülen görmede; payda standart görüşteki (tam gören) hastanın harfi okuması gerektiği uzaklığı, pay ise muayenenin yapıldığı uzaklığı temsil eder (Soytürk, Eğrilmez 2010).

A	20/200
36 D F	20/100
24 H Z P	20/70
18 T X U D	20/50
12 Z A D N H	20/40
9 P N T U H X	20/30
6 U A Z N F D T	20/25
5 N P H T A F X U	20/20
4 X D F H P T Z A N	20/15
3 F A X T D N H U P Z	20/10

Şekil. 2. Snellen Görme Keskinliği

(<http://www.mdsupport.org/snellen.html> Erişim Tarihi: 30.08.2011).

4.3.2. Görme Alanı

Görme alanı belli bir anda gözün sabitlenmesi ile görülebilen uzaysal alanı ifade etmektedir. Görme alanının sınırları verilen ışık ve boyutta hedefin tanımlanmasıyla oluşturulan izopter adı verilen çizgilerle belirlenir. Yapılan çalışmalarda yaşlılarda izopterlerin gençlere göre daha sınırlı olduğu ve 60 yaşındaki bireylerin 16 yaşındakilere göre % 3–3.5 oranında görme alanında kayıp yaşadıkları gösterilmiştir (Faye 2000, Sekuler, Sekuler 2000).

4.3.3. Kontrast Duyarlılık

Kontrast duyarlılık düşük kontrast seviyelerinde detayları algılama yeteneğidir. Zeminle obje arasındaki renk ve gölge farklılıklarını tanımlar. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kontrast duyarlılıkta azalma görülmektedir. Doğal çevredeki kontrast farklılıklarını ayırt edebilme günlük yaşamda çok önemli bir fonksiyondur. Örneğin sisli, yağmurlu havada araba kullanma, merdiven çıkma gibi (Zhang et al 2008).

4.3.4. Renkli Görme

Retinada bulunan detay ve renk görmeyi sağlayan koni hücreleri kırmızı, mavi ve yeşil olmak üzere üç ayrı dalga boyundaki ışığa cevap verebilecek niteliktedir. Uzun dalga boyu algılayan koni hücreleri kırmızıya, orta dalga boyu algılayan koni

hücreleri yeşile, kısa dalga boyu algılayan koni hücreleri de mavi ışığa maksimum absorpsiyonla cevap verir. Yaşın ilerlemesiyle renk tonları arasındaki ince farklılıkları ayırt edebilme yeteneği azalmaktadır. Bu durum özellikle aydınlatmanın az olduğu ortamlarda belirgin hale gelmektedir (Forrester et al 1999, Faye 2000).

4.3.5. Işığa Adaptasyon

Işığa ve karanlığa adaptasyon rod ve koni hücreleri ile gerçekleştirilir. Retinanın periferindeki rod hücreleri 20 dakikada karanlığa veya loş ışığa adapte olurlar. Koni hücreleri ise normal bir gözde birkaç saniyede gün ışığına adapte olurlar. Yaşlanma ile bu fonksiyon fazla etkilenmeden kalır (Faye 2000).

4.3.6. Binoküler Görme ve Derinlik Hissi

Her iki gözün retinasında birbiri ile fonksiyonel olarak özdeş olan noktaların algıladıkları görüntüler oksipital korteks tarafından birleştirilir ve tek görüntüye çevrilir. Ancak bu arada cisimlerin kenarlarında, iki ayrı gözün algıladığı görüntülerde küçük detay farkları oluşacaktır. Bu farklar derinliğin algılanmasında temel oluşturur (Schwartz 2004).

4.4. Görme Fonksiyonunun Sınıflandırılması

Hastalar kolaylıkla kanser olmayı veya bir uzvunu kaybetmeyi kör olmak ve bağımsızlığının çoğunluğunu kaybetmeye tercih ederler (<http://webeye.ophth.uiowa.edu/asorn/PDF/PULSEMARCH6.pdf> Erişim Tarihi 26.04.2011).

Görme derecesi ile ilgili çeşitli sınıflamalar olmakla birlikte tam bir ayırımın olmaması karışıklığa yol açmaktadır.

Görme fonksiyonu Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 yılında yayınladığı, Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması 9. Versiyonu'nda (International Classification of Diseases, ICD-9) normal görme, az görme ve körlük olarak sınıflandırılmıştır (Demirhan 2009).

Sağlık ve sağlıkla ilişkili durumların tanımında standart bir dil ve çerçeve sağlamak amacıyla yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2001'de Uluslararası Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlık Sınıflaması (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) kavramı yayımlanmıştır (Akarsu 2010).

Uluslararası Göz Hekimliği Konseyi (International Council Ophthalmology), 2002 yılının Nisan ayında Avustralya'daki toplantısında görme azlığı ile ilgili terminolojinin aşağıdaki şekilde kullanılmasını önermiştir:

Körlük / Amalık (Blindness): Tüm görme işlevinin kaybolduğu, kişinin yalnızca görme işlevinin yerini tutacak yöntemler ile rehabilite edilebilir olduğu durumdur.

Az Görme (Low Vision): Görme işlev kaybının daha az olduğu, kişinin görme yeteneğini arttıran yardım cihazlarından yarar görmesi durumudur.

Görme Özürlülük (Visual Impairment): Görme keskinliği, görme alanı gibi görsel işlev kayıplarının organ düzeyindeki durumunu belirtmek için kullanılır.

İşlevsel (Fonksiyonel) Görme (Functional Vision): Kişinin görsel işlevini, günlük yaşam aktivitelerinde kullanma yeteneğini tarif etmek için kullanılır.

Görme Kaybı (Visual Loss): Görme işlevinin tüm (körlük) veya kısmi (az görme) kaybını da içeren bir tanımdır ve görme özürlülük veya işlevsel görme kaybını da içerir (<http://www.icoph.org/downloads/visualstandardsreport.pdf> Erişim Tarihi: 10.08.2011).

Görme kaybı prevalansının toplum temelli çalışmalarda ve klinik araştırmalarda kullanılması için; görme keskinliği kaybı derecelerinin sınıflandırmasını Uluslararası Göz Hekimliği Konseyi, Tablo 4.4.1.'de görüldüğü gibi önermiştir.

Tablo 4.4.1. Uluslararası Göz Hekimliği Konseyi'ne Göre Görme Kaybı Dereceleri

	Görme Keskinliği Değeri (Ondalık Gösterim)		
Normal Görme			≥ 0.8
Hafif Görme Kaybı	< 0.8	ile	≥ 0.3
Orta Derecede Görme Kaybı	< 0.3	ile	≥ 0.125
Ağır/Şiddetli Görme Kaybı	< 0.125	ile	≥ 0.05
Derin Görme Kaybı	< 0.05	ile	≥ 0.02
Körlüğe Yakın Görme Kaybı	< 0.02	ile	≥ Işık algılamamanın olmaması
Tüm Görme Kaybı (Körlük)	Işık algılamamanın olmaması		

(<http://www.icoph.org/downloads/visualstandardsreport.pdf> Erişim Tarihi: 10.08.2011, Ceyhan D. (2006). Az Gören Hastalarda Binokülarite ve Binokülaritenin Okuma İşlevi Üzerine Etkisi. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. A M İdil)).

İşi ve sağlık güvencesi olmayan özürülülerin işlev kayıpları, resmi gazetede 16.07.2006 tarihinde ve 26230 sayı numarası ile yayınlanan “ Özürülülük ölçütü, sınıflandırması ve özürülülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmelik” ile değerlendirilir. Bu yönetmelikte, binoküler ve tashihli görüş en belirleyici göstergedir.

- Bir gözü sağlam, diğer gözü hiç görmeyen ancak anatomik olarak yerinde duran kişinin özür oranı % 20
- Bir gözü sağlam, diğer gözü anatomik olarak da yitirilmiş (eviserasyon veya enükleasyon ameliyatlısı) kişinin özür oranı % 32
- Her iki gözü 2/10 düzeyinde gören bir kişinin görme özür oranı %35
- Her iki gözü 1.5/10 düzeyinde gören bir kişinin görme özür oranı %40

- Her iki gözü 1/10 düzeyinde gören bir kişinin görme özür oranı %50
- Görme alanı her iki gözde santral 10 dereceye kadar daralmış tibüler görüşe sahip bir kişide %50'dir (T.C. Resmi Gazete).

4.5. Görme Kaybına Neden Olan Göz Hastalıkları

Göz hastalıkları kalıtım, mikrobik, beslenme eksiklikleri, çeşitli kazalar ve mekanik birçok nedenle ortaya çıkabilir. Kazalar, özellikle trafik, ev, iş ve av kazaları önemli sayıda görme kaybına sebebiyet vermektedir. Göze kimyasal herhangi bir madde kaçması da çok sık karşılaşılan görme kaybı ile sonuçlanan kazalardandır (Aydın, Akova 2001, Baş 1993).

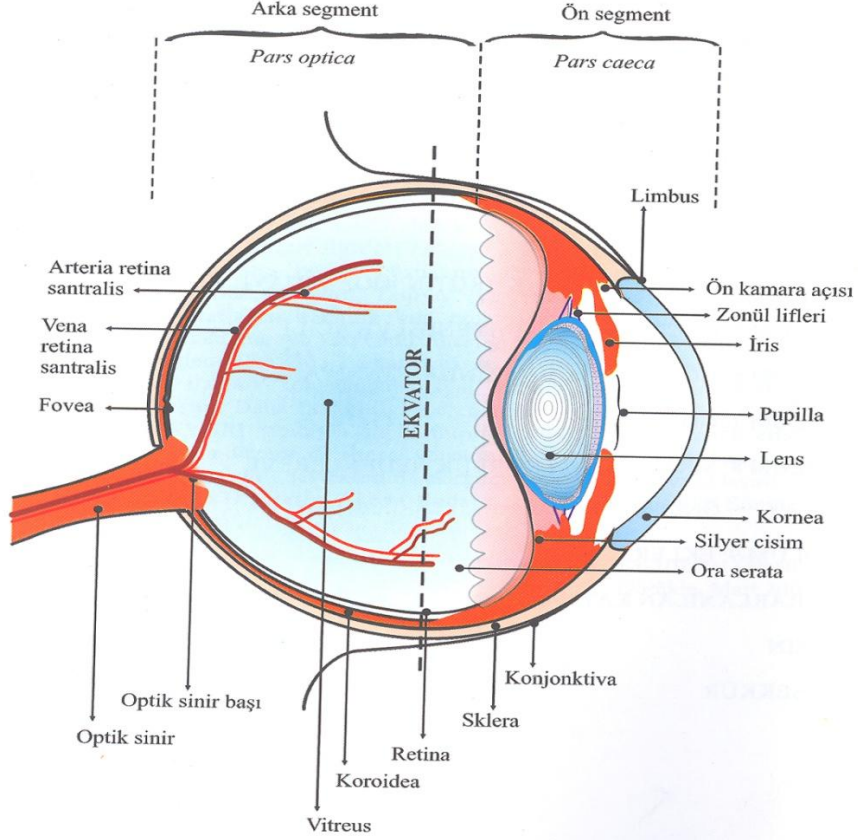
Dünya nüfusunun %0.7'si kördür. Bu oran gelişmiş ülkelerde %0.3'e düşerken gelişmekte olan ülkelerde %1.4'e çıkmaktadır. Körlüklerin %58'i (\cong 22 milyon) 60 yaşın üstünde, %4'ü (\cong 1.4 milyon) ise 0-14 yaş grubundadır (Ceyhan 2006).

Görme özürülülüğün ülkemizde de oldukça geniş bir nüfusu ve ailelerini ilgilendirdiği bilinmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan Türkiye Özürülüler Araştırması 2002'ye göre, "görme özürülü"ler nüfusun % 0.6'sını oluşturmaktadır ve görme engelli sayısı yaklaşık olarak 500.000'dir (<http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf> Erişim Tarihi: 15.06.2011).

Dünya Sağlık Örgütü uygulamaya başladığı VISION 2002 isimli program çerçevesinde 2020 yılına kadar 100 milyon kişinin katarakt, trahom, onkosersiazis, çocukluk körlüğü ve az görme sonucu kör olacağını ve bunun sonucunda 25 trilyon dolarlık ekonomik kayıp ortaya çıkacağını bildirmiştir.

Türkiye'deki körlük nedenlerine ait sağlıklı istatistiki bilgiler az olmakla birlikte, katarakt ve korneal lekelere bağlı körlük önde gelmekte, az görme nedenlerinde katarakt yine ön planda olmakla beraber kırılma kusurlarına bağlı körlükler sık görülmektedir. 40 yıl önce yapılan araştırmalarda gözün ön segment enfeksiyonları (Trahom) temel körlük nedeni iken, günümüzde eğitimin değişmesi ve artması ile Atatürk'ün Sağlık Devrimleri arasında yer alan Trahomla Savaş Derneği çalışmaları sonucu bu durum değişmiş, kalıtsal hastalıklar ve göz yaralanmalarına bağlı körlük ön sırada yer almaya başlamıştır (Özçetin 2004).

Görme kaybına neden olan göz hastalıkları ön segment ve arka segment göz hastalıkları olarak gruplandırılmaktadır. Gözün ön ve arka segment kısımları Şekil.3.'de görülmektedir.



Şekil. 3. Gözün Anatomisi

(Özçetin H. (2004). Pratik Göz Hastalıkları. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri., Bursa.)

4.5.1. Ön Segment Hastalıkları

➤ Katarakt:

Lensin fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için saydamlığını ve refraktif indeksini koruması gerekmektedir (Bayraktar 2008). Katarakt, saydam olan göz merceğinin saydamlığını kaybederek görmenin azalması ile karakterize bir hastalıktır. İrisin arkasında yer alan göz merceğinin görme işlevinde önemli bir rolü vardır. Göz merceğinin saydamlığının azalması yani katarakt söz konusu olduğunda

* **Komplike kataraktlar:** Bir göz hastalığının seyri sırasında ya da sonucu olarak ortaya çıkan kataraktlara verilen isimdir. Üveitler, Behçet Hastalığı, Retinitis Pigmentoza, glokom, göz içi tümörleri, yüksek miyopi, retina dekolmanı gibi hastalıklar katarakta neden olabilir.

* **Travmatik kataraktlar:** Delici, künt, yabancı cisimlerin neden olduğu travmalar veya ultrason, elektrik, yüksek ısı veya soğuk, ultraviyole radyasyon gibi fiziksel etkilerle oluşan kataraktlardır.

* **Sekonder kataraktlar:** Eğer ameliyat sırasında lens tümüyle temizlenemez ya da lens periferinde ön ve arka kapsül arasındaki lens lifleri kalacak olursa erken dönemde sekonder katarakt gözlenir (Özçetin 2004).

Katarakt nedeniyle oluşan bulanık görme ve görme azalması yaşam kalitesini olumsuz biçimde etkilemekte ve psikolojik ve fiziksel sorunlara yol açabilmektedir. Diabetes mellitus, iskemik kalp hastalığı, ateroskleroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, renal yetmezlik, osteoartroz, osteoporoz gibi eşlik eden kronik hastalıkların varlığında kataraktlı hastalar özgüven kaybı, kendini kötü hissetme, yetersizlik duygusu, hastalıklarının kötüye gideceği ve tamamen başkalarına bağımlı olacağı şeklinde depresif sendrom belirtileri geliştirebilmektedir (Ertör 2006).

Ülkemizde kataraktlı olguların ameliyat ihtiyacı ve katarakt ameliyatının başarısının değerlendirilmesinde primer test olarak genellikle Snellen eşeli kullanılmaktadır. Kataraktın görme keskinliğini azalttığı açık bir gerçektir, ancak bu test olguların normal günlük aktivitelerini değerlendirmede yeterli değildir ve ameliyata ihtiyaç olup olmadığını tespit etmez. Dolayısıyla yaşam kalitesi ve görme fonksiyonu anketleri kullanılarak katarakt cerrahisi uygulanan olguların fonksiyonlarındaki iyileşmenin belirlenmesi önemlidir (Kamış, Zengin, Öztürk, Özkağnıcı, Kılınç 2006).

➤ **Glokom**

Dengelenebilen göz içi basıncında (GİB) artma sonucu retinal sinir liflerinde iskemiyeye bağlı kendine özgü, optik sinir başı bulguları ve atrofi, görme alanı defektleriyle karakterize olan glokom yaş, cins, ırk ve sistemik hastalıklara göre primer ve sekonder kaynaklıdır.

Glokomun en önemli riski tedavi edilmediği takdirde sonucun körlük olmasıdır ve körlük nedenleri sıralamasında ilk sıralarda yer alır.

Aşağıdaki risk faktörlerine bağlı olarak glokomun görülme sıklığı artar;

Yaş; yaş ilerledikçe görülme sıklığı artar.

Cins; kadınlarda erkeklere oranla daha sıktır.

İrk; beyazlara göre sarı ırk ve zencilerde daha sık görülür (hemen hemen 2,5 katı). Zencilerde 10 sene daha erken ortaya çıkar ve tedaviye dirençlidir.

GİB; göz içi basıncı arttıkça görülme sıklığı artar.

Kırılma kusuru; diğer kırılma kusurlarına göre miyoplarda 2 ile 5 kat fazla görülür.

Diabet; diabet olanlarda glokom daha sık görülür. Diabet ve miyopi majör risk faktör olarak kabul edilir.

Hipertansiyon; 60 yaş altındaki hipertansiyonlu hastalar glokomdan korunurken bu yaş üstündekilere ters etki gösterir ve görünme oranını arttırır. Başlangıçta yüksek hipertansiyon perfüzyon artışı yaparken belli bir süre sonra mikrovasküler harabiyet sonucu optik sinirdeki kan perfüzyonunun bozulmasına neden olur.

Aile öyküsü; glokomlu kişilerin ailelerinde 1/4 oranında glokom hikayesi vardır. Epidemiyolojik çalışmalar bu riskin 2 ile 5 kat fazla olduğunu göstermektedir (Özçetin 2004).

Glokomun 70'in üzerinde tipi vardır. Ana hatlarıyla dört grupta incelenebilir.

a) Primer Açık Açılı Glokom: Tüm glokomların %70'ini teşkil eder. Sinsi bir glokomdur. Hasta başlangıç döneminde hiçbir rahatsızlık hissetmez. İlk rahatsızlık duyduğu zamanda ise görme siniri liflerinin en az % 50'si atrofiye uğramıştır.

b) Primer Açı Kapanması Glokomu (PAKG): Lensi göz küresine göre daha büyük olanlarda, yaşlılarda ve hipermetropili olgularda ön kamara derinliği daha az ve ön kamara açısı dardır. Aköz lens ile iris arasındaki potansiyel boşluktan geçmekte zorlanır ve iris kökünü öne doğru kabartır. Bu durumda ön kamara açısı kapanır ve aközün dışa çıkışı zorlanır. GİB süratle artarak 60-70 mmHg olur.

c) Gelişme Geriliğine Bağlı Glokomlar: İntrauterin hayatta ön kamara açısı bağ ve vasküler dokularla doludur. Aköz humör oluşumu başlarken ön kamara açısı da gelişir. Bazı bebeklerde ise bağ dokusunun ön kamara açısından çekilmesi gecikir ya da açının üstünü örten primordial endotelium kaybolmakta gecikir. Bu durumda aköz dışarı çıkmakta zorlanır ve GİB yükselir. Buna bağlı olarak çocukta fotofobi, lakrimasyon, kornea çapında artma, göz küresinde büyüme, korneada ödem görülür.

d) Sekonder Glokomlar: Başlangıçta tamamen normal olan bir gözde; sonradan çeşitli hastalıklara bağlı olarak drenaj bozulursa sekonder glokom söz konusu olur (Aydın, Bayraktar 2007).

Glokom tedavi edilmediğinde körlüğe yol açan periferik görme kaybı ile sonuçlanabilir. Günlük yaşamda bağımsız hareket edebilmede periferik görme alanı kaybı büyük problem yaratmaktadır. Görme alanındaki kayıp nedeniyle glokom hastaları yoldaki nesnelere görmekte, okuma ve yazmada güçlük çeker; aniden görme alanının içine giren bir kişi onu ürkütebilir, sadece çok sınırlı bir alanı görebildiği için trafik işaretlerini, ağaç dallarını, yürüdükleri yoldaki objeleri görmekte zorlanmaları nedeniyle mobilitede güçlüklerle karşılaşabilmektedirler (Watson 2001, David A, Quillen 1999). Glokomdan kaynaklanan azalmış görme yeteneği hastaların yaşam kalitelerini kesin bir şekilde etkileyecektir (Altangerel, Spaeth, Rhee 2003).

➤ **Kırılma Kusurları:**

Normal çapa (24 mm) sahip bir göz dinlenme halinde iken 6 m'den daha uzaktaki nesnelere görüntüsünü retinada (fovea) odaklaştırır ise bu göze normal kırma gücü olan göz denir. Aksine bir nesnenin görüntüsü retina (fovea) üzerinde odaklaşmaz ise bu göze de kırma kusuru olan göz denir. Kırma kusurları; ırk, genetik geçiş, beslenme ve kültür seviyesi gibi etkenlere bağlı olabilir. Gözün insanın doğumundan ölümüne kadar değişim içinde olması nedeniyle, kişi yaşamının herhangi bir döneminde kırma kusurları ile karşı karşıya kalabilir (Özçetin 2004).

Kırma kusurları gözlük veya kontakt lenslerle giderilir. Günümüzde kırma kusurlarının tedavisinde refraktif kornea cerrahileri veya ileri derecelerde refraktif lens cerrahileri uygulanmaktadır (Aydın, Bayraktar 2007).

➤ **Keratokonus:**

Korneanın enflamasyon olmaksızın incilmesi sonucu korneanın konik şekil almasıyla sonuçlanan bir hastalıktır. Kornea incilmesi miyopi, düzensiz astigmatizma ve dikleşmeye neden olarak görme keskinliğinin orta ve ileri derecede azalmasına neden olabilmektedir. Keratokonus sıklıkla bir gözde ergenlik çağında başlar ve 40-45 yaşına kadar remisyon ve nükslerle devam eder. Keratokonus genel olarak iki gözü tutar, ama önce bir gözde başlar ve yıllar sonra diğesinde görülebilir (Karadağ 2008).

➤ **Trahom:**

Chlamydia Trahomatis ile oluşan, hafif konjonktival infamasyondan konjonktival skara, kapak deformatelerine, korneal skarlaşma ve görme azalmasına kadar çok çeşitli problemlere yol açabilen, gözün kronik tekrarlayan bir enfeksiyonudur. Trahom en yaygın enfeksiyöz körlük sebebidir ve bütün dünyada körlüklerin %15'inden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir.

Aktif trahomun dünyada yaklaşık olarak 150 milyon insanı etkilediği ve bunların da yaklaşık 5.5 milyonunun bu hastalığın bir sonucu olarak görme yeteneklerini kaybettikleri tahmin edilmektedir. Hastalığın yol açtığı körlükler başlıca Asya ve Afrika'nın kırsal, sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyin düşük olduğu yerlerinde görülmektedir. Trahomun tedavisi hijyen, sosyo-ekonomik şartların düzeltilmesi, ilaç uygulaması, cerrahi yöntemlerle komplikasyonlarının düzeltilmesi şeklindedir (Okumuş 2007).

4.5.2. Arka Segment Göz Hastalıkları

➤ **Diabetik Retinopati:**

İnsülin eksikliği ya da yetersizliğinin neden olduğu hipergliseminin retina arteriolleri, venülleri ve kapillerlerin duvarında hücresel hasara neden olduğu bir mikro anjiopatidir. Damar duvarlarında oluşan sızıntı ve kanamalar nedeniyle oluşan fibrovasküler yapılara bağlı olarak körlükle sonuçlanabilir (Oğurel 2010).

Diabetik retinopati, gelişmekte olan toplumlarda görme kaybının önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Yenilenen pek çok bilgi ve gelişen tedavi seçeneklerine rağmen halen 20-64 yaş arasındaki bireylerde oluşan körlüğün en

büyük nedenini oluşturmaktadır. 2025 yılında, diabetes mellitusun dünyada yaklaşık 300 milyon insanı etkileyeceği tahmin edilmektedir ve bunun yaklaşık %10 kadarında diabetik retinopatiye bağlı görme kaybı gelişebileceği düşünülmektedir (Aban 2010).

➤ **Yaşa Bağlı Maküla Dejenerasyonu:**

Yaşa bağlı maküla dejenerasyonu (YBMD) 50 yaşın üzerindeki bireylerde merkezi görme kaybının önde gelen nedenlerinden biridir. Retina tabakasının merkezi görmeden sorumlu kısmı olan maküladaki ışığa duyarlı hücrelerin harabiyeti sonucu oluşan kronik, ilerleyici bir hastalıktır. İleri yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık, hipertansiyon, sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalıklar gibi faktörlere bağlı olarak gelişebilir (Quillen 1999, Ehrlich et al 2008).

Maküla dejenerasyonunda kitap okuma, TV izleme, araba kullanma ve yüzleri tanıma gibi detaylı görme gerektiren günlük yaşam aktivitelerinde problemler meydana gelmektedir. Mesafe, derinlik, renk ve kontrastı algılamadaki kayıplar mobilite problemlerine yol açmaktadır. Merkezi görmedeki kayıp sonucu bireylerde düşme ve kırık oluşma riski artarken aynı zamanda depresyon gibi psikolojik sorunları da beraberinde görmek mümkündür (Watson 2001).

➤ **Retinitis Pigmentosa:**

Retinitis Pigmentoza (RP) kalıtsal bir göz hastalığı olup, gece körlüğüne, periferik görme kaybına, retinada pigmentasyona ve sonuç olarak tamamen körlüğe yol açar. Bu hastalık dünyada 1.5 milyon insanı etkilemekte ve sıklığı yaklaşık 3500 kişiden 1'inde görülmektedir (Tümay 2010).

Bireyler, hayatlarının çeşitli dönemlerinde semptomlar göstermeye başlar ve zamanla yavaş yavaş tam körlükle sonuçlanır. Hastalığın ortaya çıkışı, genellikle karanlığa adaptasyon kusuruyla (gece körlüğü) meydana gelmektedir. Hastaların %75'inden fazlası 30 yaşından başlayarak semptomatik hale gelirler (Kanski 2001, Hamel 2006).

➤ **Retina Dekolmanı:**

Retina pigment epiteli (RPE) ve sensoriyel retina olmak üzere iki kattan oluşur. Gözü oluşturan üç kattan en iç bölümdeki olan retina, optik ortamlardan yansıyan görüntünün nöral impulslar biçiminde beyine iletiminin başladığı çok önemli bir anatomik bölgedir. Retina; RPE ve sensoriyel retina olmak üzere iki primer katmandan oluşmuştur:

Retina dekolmanı, sensoriyel retinanın subretinal aralığa sıvı dolmasıyla retina pigment epitelinden ayrılması olayıdır. Birçok nedene bağlı olabilir; primer olarak oluşabileceği gibi konjenital bozukluklar, vasküler hastalıklar, metabolik olaylar, travmatik değişiklikler önemli sebeplerdir. Etiyolojiye göre üç tipe ayrılırlar: yırtıklı (regmatojen), eksüdatif, traksiyonel olmak üzere üç kısma ayrılır (Yardım 2009).

4.6. Yaşam Kalitesi

İlk kez bir sosyal bilimci olan Thorndike (1939) tarafından YK “sosyal çevrenin bireye yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Thorndike sosyal çevrenin önemi üzerinde durmuştur. Laborde ve Power (1982) ile Young Longman (1983) YK’ni, yaşamdan doyumunu da içine alan bir yöntem çeşitliliği olarak; Lewis (1982) ise bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı olarak tanımlamıştır (Akyol 1993, Glenda 1993).

Tarihsel süreç incelendiğinde; YK’nin öncelikle ekonomi bilimlerinde kullanıldığı görülmektedir. Daha sonra sosyologlar ve psikologlar tarafından sosyal bilimlerde kullanılmaya başlamıştır. Bu kavram, 1970’li yıllardan sonra tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş, farklı klinik yaklaşımların etkinliğinin değerlendirilmesi, hastaya uygun bakım ve tedavi yaklaşımlarının uygulanmasını sağlamıştır. 1970’li yıllara kadar sağlık çalışanları etkinliklerini morbidite, mortalite ve fizyolojik ölçümlere dayandırarak yaparken, son yıllarda bu yaklaşımın yeterli olmadığı benimsenmiş ve hastanın sadece nesnel anlamda değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bütünü ile değerlendirilmesi gereken öznel bir varlık olduğu düşüncesi hakim olmuştur. Bu düşünce ile hastayı bütüncül olarak ele alma ve fiziksel ve psiko-sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak da yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (Yıldız 2009).

Literatürde; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, mutluluk kelimeleri ile eş anlamlı olarak kullanılan YK, genel olarak yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren, içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu ve amaçları bulunan bir kavram olarak tanımlanabilir (Küçükdeveci 2005).

Dünya Sağlık Örgütü, YK'ni bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini ve standartlarını ve ilgilerini algılamaları olarak tanımlamaktadır. Bu tanım; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içermektedir (Güven 2010).

Genel anlamıyla “iyilik halinin bir derecesi” olarak tanımlanan; “kişinin yaşamının tümüyle iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu” olarak da ele alınabilen YK'nin önemi birçok yerde vurgulanmakla birlikte, tanımı konusunda farklı yorumlar olup evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımlaması yoktur. Yaşamın pek çok alanını ve bireyden bireye değişen değerleri kapsayan YK bireylere, toplumlara ve yaşanılan dönemlere göre farklılıklar taşır (Telatar, Özcebe 2004, Arslantaş, Metintaş, Ünsal, Kalyoncu 2006).

Ganz'ın (1994) belirttiği, son yıllarda iki araştırma grubu tarafından, genel olarak kabul gören iki YK tanımı benimsenmiştir. Bu tanımların birincisi; bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir. Bu tanım ölçümün öznelliğini ve bir global değerlendirmenin önemini vurgular. İkincisi ise; hastanın şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının değerlendirmesi olup, doyumunu içermektedir. Bu tanım, YK'nin değerlendirilmesinin öznelliğine ve bireyin şu andaki sağlık durumuna verdiği öncelik ya da değere dikkati çeker. Örneğin; aynı fonksiyonel yetersizliğe sahip iki kişi, kendi sağlık durumlarını farklı değerlerde ifade edebilirler (Ganz 1994).

Son yıllarda YK'ne ilginin artmasının bir diğer nedeni de, teknolojik gelişmeye paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemeler kaydedilmesidir. Günümüzde artık çoğu hastalık tedavi edilebilmektedir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Ayrıca

hastalıklar için etkili ilaçlar piyasaya sürüldükçe, bu ilaçlar arasındaki farkı da belirleyen hastanın tedavi sırasındaki konforu olmuştur. Böylece hastaların YK giderek daha önemli hale gelmektedir (Müezzinoğlu 2004).

Günümüzde tıbbi tedavinin değerlendirilmesinde fizyolojik parametrelerin ölçümü ile saptanabilen; yakınmaların azaltılması veya yaşam süresinin uzatılması gibi göstergeler yetersiz kalmaktadır. Hastanın bakış açısını da içeren yeni kriterlerin bu değerlendirmeye dahil edilmesi gerekmektedir. Birçok tıbbi uygulama ve bakım sonrası beklenen hasta sonuçlarını değerlendirmek için YK değerlendirmeleri kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Artık tıbbi tedavi ve bakımın birincil amacı, sadece yaşam süresini uzatmak değil, YK'nin de birlikte sağlanması olmalıdır (Müezzinoğlu 2004).

Sağlık sonuçlarının ve YK'nin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler jenerik ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Jenerik ölçütler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçütlerdir. Hastalığa özgü ölçütler ise sadece o hastalık grubunda kullanılan ölçütlerdir (Başaran, Güzel, Sarpel 2005).

Kişinin içinde bulunduğu durum ile umutları ve beklentileri arasındaki farkı yansıtan YK; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, sağlık durumu, meslek gibi birçok etken ile şekillenir. Genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Başka bir ifadeyle bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu anlatmasıdır. YK'nin dört temel özelliği; dinamik olması, çok boyutlu olması, interaktif olması, bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesidir (Güven 2010). YK'nin sadece hastanın bildirimine dayanan subjektif olarak değerlendirilmesi yanıltıcı ve tutarsız olabilmekte, kişinin yaşamsal deneyimleriyle zaman içinde YK yargısı da değişiklik gösterebilmektedir. Ayrıca kişinin kendisinin algıladığı YK, depresyon varlığından da etkilenmektedir (Ertör 2006).

Son yıllarda sağlık alanında pek çok YK anketi geliştirilmiştir. Bu anketlerde kişi kendi sağlığı ile günlük hayattaki yaşadığı sıkıntılar arasında durumuna en uygun olan seçenekleri işaretler (Woffsohn, Cochrane 2000). Bunlar bireyin bütünüyle

değerlendirmesine imkan sağlayıp, bakım ve tedavilerinde ek bilgiler sağlar. En önemlisi ise hastalığın yaşama etkisini tanımlar (Kamış ve ark. 2006).

4.7. Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi

Medikal ve sağlık hizmetlerinde çalışan araştırmacılar, iyilik halinin derecesinin değerlendirilmesi için yeni niceliksel ölçümler geliştirmişlerdir. Bu ölçümleri sadece hastalığa bağlı oluşan semptomların yol açtığı durumlar ve fonksiyon bozuklukları olan bireylerde, sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla kullanmışlardır. Bu durum sağlığa bağlı yaşam kalitesi (SBYK) kavramını gündeme getirmiştir (Ferrans, Zerwic, Wilbur, Larson 2005). Objektif YK değerlendirmesinde, SBYK ölçekleri olarak adlandırılan aslında genel sağlık durumunu değerlendiren ölçekler kullanılmaktadır (Ertör 2006).

SBYK ölçekleri genel olarak hareket kısıtlılığı, sosyal ve psikolojik sağlık, bilişsel durum veya ağrı konularına odaklıdır. Genel sağlığı değerlendiren SBYK ölçekleri hastanın YK hakkında genel bir bilgi verir. Bu ölçekler göz hastalıkları konusunda yeterli bilgi sağlayamazlar. Bu nedenle son yıllarda hasta temelli öznel görme işlevi değerlendirmesi yapan anketler geliştirilmeye çalışılmaktadır (Bayraktar 2008).

Tüm normal insanlar mutlu bir yaşam, yani iyi kalitede bir yaşam sürdürmek isterler. Kaliteli bir yaşam kavramının kapsamı bireyler arasında değişiklik göstermekle birlikte istediklerini yapabilmek için iyi bir görme yeteneğine sahip olmak, herkesin istediği önceliğe sahip bir YK bileşenidir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar hastaların görme yeteneklerine düşünülenden daha fazla değer verdiklerini kanıtlamıştır (Brown et al 2005, Beauchamp et al 2005). YK'ni değerlendiren anketler ya doğrudan görme yeteneklerini hastaların kendilerinin nesnel olarak nasıl değerlendirdikleri ile ilgili sorular sorar veya görmeye bağımlı çeşitli görevleri yapabilme yetenekleri ile ilgili sorular yoluyla dolaylı olarak yaşam kalitelerini araştırır. YK anketlerini geliştiren ve değerlendiren çeşitli araştırmalarda ankete verilen yanıtlar görme yeteneğinin klinik ölçümleri (görme alanı, görme keskinliği, kontrast duyarlılık gibi) ile karşılaştırılarak aralarındaki ilişki değerlendirilir (Çelik 2008).

Göz hastalıklarında bakım ve tedavinin başarısı, belirli ve ölçülebilir nesnel ölçütler ile değerlendirilmektedir. Göz hastalıklarında en çok kullanılan nesnel ölçüt, görme keskinliğidir. Görme gibi çok boyutlu bir işlevi ölçmek için görme keskinliği önemli bir ölçüt olsa da, hastaların yaşamının görme işlevinden nasıl etkilendiğine dair bilgi vermez. Hastayı bakım ve tedavi arayışına iten sıklıkla günlük aktivitelerinin görmesinden etkilenmesidir. Sadece görme keskinliğini ölçmek tedavi sonrasındaki fonksiyonel iyileşmeyi, günlük aktivitelerdeki değişiklikleri ya da görsel tatmini değerlendiremez (Bayraktar 2008).

Görme kaybı giyinme, yemek yeme, yazı yazma, mobilite, iletişim gibi pek çok günlük yaşam aktivitesinde zorluk yaratarak kişilerin YK'ni olumsuz yönde etkilemektedir (Demirhan 2009, Owsley, McGwin, Sloane, Stalvey, Wells 2001).

Görmeye bağlı yaşam kalitesi (GBYK) kavramı, göz hastalıkları ve tedavilerinin hastaların günlük yaşamları üzerindeki etkilerinin araştırılması fikrinden ortaya çıkmıştır. Görme bozukluğuna bağlı duygulanım, örneğin görmeyle ilişkili bazı işlevleri yapmada yetersizlik hissi gibi durumları somut olarak tanımlamak için GBYK'ni ölçen anketler geliştirilmiştir (Savar 2009).

Hemşirelik, insanı fertilizasyonla başlayarak doğumdan ölüme kadar süren yaşamın tüm evrelerinde esenlik-sağlık-hastalık dizgesi üzerindeki herhangi bir noktada ele alarak, işlevleri ve yaşam aktivitelerini sağlıklı olarak gerçekleştirmesi, gerçekleştiremediği durumlar ile ilgili sorunları, bu sorunlarla ilişkili etmenleri birey ve/veya aile ile birlikte anlamayı, çözüm yolları konusunda çeşitli seçenekleri sağlıklı/hasta birey ile birlikte belirleyip karar verme ve çözümlenmeye dayalı bir sağlık disiplindir. Hemşireliğin temel amacı ise; birey, aile ve toplumun esenliğini sağlama, sağlığını koruma, hastalığı önleme, rahatsızlık/hastalık durumunda iyileştirme, baş etme yöntemlerini öğretme/kolaylaştırma yardım etmektir. Hemşire bu yardımı, bilgi, beceri ve kritik düşünme yeteneğini, mesleki değerler ve felsefesi ile buluşturup hemşirelik uygulamalarının yapı taşı olan etik ve yasal yetki ve sorumluluklarını kullanarak bu amaçlara ulaşmaktadır. Ayrıca hemşirelik, bilimsel ve sanat yönleri ile hemşirelik süreci, eğitimi ve hemşirelik kuramlarını bütünleştirerek sağlığı, geliştirici, koruyucu, iyileştirici bakım hizmetleri ile birey ve topluma sunum için hazır olmaktadır (Güven 2010).

Roper, Logan ve Tierney, hemşireliği; hastalık durumunun tedavisinden ziyade, günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ile ilgili sorunların önlenmesi ya da çözümlenmesi olarak ele almaktadır (Roper ve ark. 1996). 1980 yılında Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen, 1985 ve 1990 yılında yeniden düzenlenen GYA Modeli'nde; yaşam süresinin tüm evrelerinde, bağımlılık/bağımsızlık durumuna, biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik etkenlere ve yaşamda bireyselliğe bağlı olarak farklı biçimlerde gerçekleştirilen GYA'ne ilişkin sorunların belirlenip çözümlenmesi ile birey ya da ailesinin YK'nin yükseltilmesi hedeflenmektedir (Roper, Logan, Tierney 1996, Birol 2004).

Hemşirelik biliminde YK kavramının kullanımı 1980'li yıllardan bu yana gelişim göstermiştir. Sağlıklı ve kronik hastalığı olan bireylerle; tedaviye yönelik girişimsel yöntemler uygulanan ve akut bakım sonrasında olan bireylerin hemşirelik bakımı sonuçlarının incelenmesinde önemli bir değerlendirme yaklaşımı olarak kabul gören bu kavram giderek yaygınlaşmaktadır (Glenda 1993).

Akyol'un (1993) makalesinde belirtildiği üzere Burchard ve Lewis tarafından YK'nin bölümleri ve hemşirelik uygulamaları arasındaki ilişki ile ilgili bir model geliştirilmiştir. Bu modelde, hemşirelik süreci ve YK'nin göstergeleri arasındaki ilişki "bağımsız değişkenler, birleştirici bilişsel değişkenler, bağımlı sonuç değişkenleri ve dış kaynaklı değişkenler" olmak üzere başlıca dört adımda incelenmiştir.

Modelde belirtilen bağımsız değişkenler, araştırmacı ve klinik hemşiresi tarafından hemşirelik sürecine uygun bağımsız olarak yürütülen bakım aktivitelerini içerir. Bu modelde, hemşirelik bakım aktiviteleri YK'nin spesifik bölümleri üzerinde doğrudan etkilidir. Hemşirelik bakımının etkisinin ortaya çıkabilmesi, istenen sonuca ulaşılabilmesi bilişsel değişkenler aracılığı ile olmaktadır.

Birleştirici bilişsel değişkenlerin, hemşirelik uygulamaları ile YK üzerinde dolaylı bir etkisi vardır. Örneğin; hastanın kendi kendine bakımını geliştirebilmesi kişisel denetim olup kendi bakımını yapabilmesi ile sonuçlanmaktadır. Yine aynı şekilde hasta tarafından hemşirelik uygulamalarının fark edilmesi ve bunu memnuniyet olarak ifade etmesi, bakıma yönelik davranışların algılanması demektir. Hasta bireyin hastalığına yönelik olan kişisel kontrolü ve bakımdan memnun olması

psikolojik iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci uygulamaları ve etkinliklerini yerine getirme; bireyin vücut bütünlüğünü koruduğu ve sürdürdüğü için YK üzerinde etkilidir.

Bu modelde, yönetilebilen bağımsız değişkenler olarak adlandırılan bazı hemşirelik girişimleri hastada öz-güven algılamalarını artıran bilişsel-emosyonel değişiklikleri oluşturmaktadır. Özdeğer, psikolojik iyilik durumunu yani YK'nin çok önemli boyutlarından birini oluşturmada gerekli bir bilişsel emosyonel araçtır.

Dış kaynaklı değişkenler, hastalık sonuçları üzerinde etkili olan ancak araştırmacı tarafından kontrol edilemeyen değişkenlerdir. Bu değişkenler, tanı ve tedavinin özellikleri ile kişisel özellikleri içermektedir (Sarıgöl 2008).

Sağlık bakım hizmeti felsefesine göre; kişilerin sadece fizyolojik durumunu değil hem psikolojik hemde sosyal açıdan iyilik halini korumak ve geliştirmekten sorumlu olan hemşirelik bakım felsefesi sağlıkta YK'nin boyutlarını hedef almaktadır ve bu boyutları iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Aynı zamanda hemşire hastaların yanında tam zamanlı bulunma açısından da YK'ni değerlendirmede anahtar rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşire YK ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modeller oluşturmalı, var olanları benimsemelidir (Lobiondo et al 1997).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma çeşitli boyutlarda görme kaybı olan bireylerde görmeye bağlı yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla ileriye yönelik kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı.

Araştırma Hipotezleri

H0: Görme kaybı bireylerin görmeye bağlı yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.

H1: Görme kaybı bireylerin görmeye bağlı yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilememektedir.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin Göz servisinde 03.03.2011-03.06.2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini İstanbul'daki bir eğitim araştırma hastanesi Göz servisinde araştırma tarihleri arasında yatan (şaşılık ve oküloplasti hastaları hariç) tüm hastalar (308), örneklemini ise göz hastalığına bağlı görme kaybı olan, örnekleme alınma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden (247) tüm hastalar oluşturdu. 51 hasta araştırmaya alınma kriterlerine uymadığı için örneklem dışı kaldı ve evrenin % 80'i araştırmaya dahil edildi.

5.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Örneklem grubunun seçiminde aşağıda yer alan kriterler dikkate alındı.

- 18 yaşından büyük olması
- Yaşam kalitesini etkileyecek fiziksel engellilik durumunun olmaması
- Herhangi bir psikolojik bozukluğunun olmaması
- Herhangi bir iletişim engelinin olmaması ve Türkçe bilmesi
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

5.5. Verilerin Toplanması

5.5.1. Veri Toplama Araçları:

Veri toplanmasında aşağıda belirtilen formlar kullanıldı.

- Hasta Tanılama Formu (Ek-1)
- Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevleri Anketi (NEI-VFQ 25) (Ek-2).

a) Hasta Tanılama Formu (Ek-1)

Literatür bilgisi ışığında araştırmacı tarafından geliştirilen, görme kaybı olan hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalık durumları ile ilgili toplam 12 sorudan oluşan formdur.

b) Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevleri Anketi (NEI-VFQ 25) (Ek-2)

Mangione ve arkadaşları tarafından görme sorunları ve bu sorunların YK'ni nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Önce 51 soruluk versiyonu hazırlanmıştır (Mangione et al 1998). Klinik kullanım kolaylığı açısından daha sonra 25 soruluk versiyonu Mangione ve arkadaşları tarafından 2001 yılında ABD'de 21 yaş ve üstü 597 hasta grubu üzerinde geliştirilmiştir. Örneklem DR n:123, YBMD n:108, Glokom n:77, Katarakt n:93, RP n:37, çeşitli sebeplerle az gören n:90 ve kontrol grubu n:122 hasta dahil edilmiştir (Mangione et al 2001). Bu anketin alanları; Genel Sağlık (**GS**), Genel Görme (**GG**), Göz Ağrısı (**GA**), Yakın Aktivite (**YA**), Uzak Aktivite (**UA**), Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon (**GBSF**), Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık (**GBRS**), Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri (**GBRG**), Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık (**GBBB**), Araba Kullanma (**AK**), Renkli Görme (**RG**) ve Periferik Görme (**PG**) ve anketten alınacak toplam puan ortalaması Toplam Puan (**TP**) şeklinde sıralanmaktadır. Anketin genelinde bu alanlarda hasta yakınmalarını ve performanslarını sorgulayan 25 soru vardır. Test ekinde yer alan 13 adet soru da eklenirse bu hali **NEI-VFQ-39** adını alır. National Eye Institute Visual Function Questionnaire 25, Ulusal Göz Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ölçeğinin alt ölçek soru değerleri Tablo 5.5.1'de görüldüğü gibidir (Toprak, Eser, Güler, Baser, Mayali 2005)

Tablo 5.5.1. NEI-VFQ 25 Alt Ölçek Soru Değerleri

ALT ÖLÇEK	SORU SAYISI	ORTALAMAYA KATILACAK SORULAR
GS	2	1, A1
GG	2	2, A2
GA	2	4, 19
YA	6	5, 6, 7, A3, A4, A5
UA	6	8, 9, 14, A6, A7, A8
GBSF	3	11, 13, A9
GBRS	5	3, 21, 22, 25, A12
GBRG	4	17, 18, A11a, A11b
GBBB	4	20, 23, 24, A13
AK	3	15c, 16, 16a
RG	1	12
PG	1	10

Ülkemizde Toprak ve arkadaşları (2005) tarafından Türkçe'ye kazandırılmıştır. **NEI-VFQ 25** anketinin Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 61 hasta üzerinde yapılmıştır (Katarakt n:35, Glokom n:6, DR n:8, YBMD n:7 ve Dejeneratif Miyopi n:5). Bu çevirinin söz konusu hastalığa sahip olanlarda hastalık şiddetine göre ayırma açısından yeterli duyarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmacı tarafından veya hastanın kendisinin okuması suretiyle uygulanmaktadır. Bazı sorularda hastadan görme ve sağlık düzeyine ilişkin puanlandırma yapması istenirken, bazı sorular niteliksel değerlendirme yapmayı gerektirmektedir. Anketin geneli için iç tutarlılık göstergesi olan Cronbach Alpha değeri 0,97'dir. Aynı zamanda kronik göz hastalıklarında NEI-VFQ-39 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması (İyigün ve ark. 2010) 210 hasta (Katarakt, Glokom, DR, YBMD) ve 51 kontrol grubu üzerinde yapılmış ve Cronbach Alpha değeri 0.96 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda Cronbach Alpha değeri 0.97 olarak bulundu ve güvenilirliğinin yüksek olduğu görüldü.

Anket puanlaması 2000'de yayınlanan NEI-VFQ-25 puanlama algoritmasına göre iki aşamada olmaktadır (Tablo 5.5.2). İlk aşamada ankette her soruya verilen cevaba karşılık gelen numerik değer (1, 2, 3, 4, 5, 6) puanlama anahtarındaki değerle eşleştirilerek; her soruya 0-100 arasında puanlama yapılarak değerler kaydedilir. Eğer hasta herhangi bir soruya 6 numaralı yanıtı vermişse (görmem dışındaki

nedenlerden dolayı yapamıyorum) bu soru etkisiz olarak kabul edilir. İkinci aşamada tüm alt ölçeklerdeki soruların, puanı oluşturmak üzere aritmetik ortalaması alınır. Etkisiz olarak kaydedilen yanıtlar ortalamaya alınmaz. Bir alt ölçek puanı verebilmek için bu alana ait en az bir soru hasta tarafından yanıtlandırılmış olmalıdır. Toplam puanı hesaplamak için, GS sorusu hariç, görmeye bağlı alt ölçek sorularının ortalaması alınır. Puanın yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, puan düşükçe yaşam kalitesinin azaldığını gösterir. Anketten alınabilecek en yüksek değer 100'dür (Toprak ve ark. 2005).

Tablo 5.5.2. NEI-VFQ-25 Ölçeğinin Puan Değerleri

SORU NUMARASI	CEVAP NUMARASI	KAYDEDİLEN DEĞER
1, 3, 4, 15c ^(b)	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
2	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 16a, A3,A4,A5, A6, A7, ^(c) A8, A9	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
	6	*
17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, A11a, A11b, A12, A13	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100
A1, A2	0	0
	ile	ile
	10	100

(b): 15b sorusuna verilen yanıtta göre 15c sorusunun puanlaması

Eğer 15b=1 ise 15c=0; Eğer 15b=2 ise 15b=etkisiz; Eğer 15b=3 ise 15c=etkisiz

A: Bir sorudan önce “A” harfi varsa mevcut soru ek sorudur.

*: Cevap seçeneği 6 ise; hasta aktiviteyi görme haricindeki sebeplerden dolayı yapmamaktadır. Bu seçenek etkisiz olarak kabul edilir.

5.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci

Araştırma için hazırlanan hasta tanılama formu ve NEI-VFQ 25 hastanın hastaneye yatışı yapıp ameliyat olmadan önce yüzyüze görüşme yöntemi ile sessiz sakin bir odada uygulandı. Hastalar eğer gözlük veya lens kullanıyorlarsa sorulara bunlar kullanılarak yanıt vermeleri istendi. Görme keskinliği ölçümü öncesinde tüm hastalara otorefraktometre ile refraksiyon kusuru ölçümü yapıldı. Her iki göz için en iyi düzeltilmiş görme keskinlikleri Snellen ve eşeli ile ölçüldü ve ondalık değer baz alındı. Hastaların görme keskinlikleri Uluslararası Göz Hekimliği Konseyi’ne göre görme kaybı dereceleri daha iyi ve daha kötü gören gözün görme keskinliği olarak sınıflandırıldı.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için istatistik paket programı kullanıldı. Elde edilen veriler kodlanarak, bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 paket programında istatistik uzmanı danışmanlığında değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma) kullanıldı. Normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirildi.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Komisyonu'ndan onay alındı (Ek-3). Araştırma öncesi, araştırmanın yapılacağı kurum için İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı (Ek-4). Anketleri uygulamadan önce katılımcılara çalışmanın amacı, planı ve yararları açıklandı, çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, bilgi vermeyi reddetme hakkına sahip oldukları, çalışmayı herhangi bir noktada bırakabilecekleri "Hasta Bilgilendirme Formu" (Ek-5) ile açıklanarak istekli ve gönüllü olma ilkesi ile otonomi ilkesine bağlı kalındı. "Hasta Onam Formu" (Ek-6) ile hastalardan yazılı onam alınarak araştırmaya dahil edildi. Çalışmaya katılan bireylere kimliklerinin ve verdikleri bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilerek gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

5.9. Araştırmanın Sınırlıkları

- Araştırmada hastaların görme keskinliğinin aynı hekim tarafından ölçülmemesi
- Araştırmaya katılan hastaların görme fonksiyonunu değerlendirmek için sadece görme keskinliğine bakılması
- Görme kaybına sebep olan hastalıkların ilk sıralarında yer alan YBMD hastaları günü birlik yatışları olup serviste hemşire tarafından değerlendirilemediği için çalışmaya dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

6. BULGULAR

Araştırma İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin Göz servisinde yatan (şaşılık ve oküloplasti hastaları hariç) 247 hasta ile 03.03.2011-03.06.2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Çalışmada yer alan bulgular üç bölümde ele alındı. Bunlar;

6.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

6.2. Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

6.3. Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

6.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 6.1.1. Sosyo-Demografik ve Yaşam Biçimine Yönelik Özelliklerin Dağılımı (N=247)

Tanıtıcı Özellikler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	108	43.7
	Erkek	139	56.3
Yaş	50 yaş ve altı	53	21.5
	51-60 yaş	89	36.0
	61-70 yaş	65	26.3
	71 yaş ve üstü	40	16.2
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	42	17.0
	Okur-yazar	16	6.5
	İlkokul	130	52.6
	Lise	43	17.4
	Lisans	16	6.5
Medeni durum	Bekar	60	24.3
	Evli	187	75.7
Kiminle yaşıyor	Yalnız	30	12.1
	Aile	213	86.3
	Diğer	4	1.6
Meslek/Sosyal Statü	Memur	5	2.0
	İşçi	13	5.3
	Emekli	82	33.2
	Ev Hanımı	88	35.6
	Serbest	31	12.6
	İşsiz	6	2.4
	Diğer	22	8.9
Gelir düzeyi	Çok kötü	52	21.1
	Kötü	179	72.5
	Orta	16	6.6
Sosyal Güvence	SGK	68	42.5
	Yeşil kart	92	57.5

Araştırmaya katılan hastaların % 56.3'ü (n=139) erkek; % 36.0'sı (n=89) 51-60, % 26.3'ü (n=65) 61-70 yaş grubunda, % 52.6'sı (n=130) ilkokul mezunu, % 75.7'si (n=187) evlidir ve % 86.3'ü (n=213) ailesi ile yaşamaktadır. % 33.2'si (n=82) emekli, % 35.6'sı (n=88) ev hanımı olan, hastaların, % 72.5'i (n=179) gelir düzeyini kötü olarak nitelemektedir ve tümü sosyal güvenceye sahiptir.

Tablo 6.1.2. Hastalık ve Görmeye İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=247)

Tanıttıcı Özellikler	Kategoriler	n	%
Tanı	Ön segment hastalıkları	134	54.3
	Arka segment hastalıkları	84	34.0
	Ön ve Arka segment hastalıkları	29	11.7
İyi gören göz görme dereceleri	Normal görme	68	27.5
	Hafif derecede görme kaybı	113	45.7
	Orta derecede görme kaybı	21	8.5
	Ağır/şiddetli görme kaybı	21	8.5
	Derin görme kaybı	9	3.6
	Körlüğe yakın görme kaybı	15	6.1
Kötü gören göz görme dereceleri	Normal görme	2	0.8
	Hafif derecede görme kaybı	73	29.6
	Orta derecede görme kaybı	27	10.9
	Ağır/şiddetli görme kaybı	44	17.8
	Derin görme kaybı	9	3.6
	Körlüğe yakın görme kaybı	92	37.2
Görme kaybı süresi	0 - 6 ay	40	16.2
	6 ay↑ - 1 yıl	42	17.0
	1↑- 5 yıl	127	51.4
	5 yıldan eski	36	14.6
	Konjenital	2	0.8
Kronik Hastalık	Hastalık yok	65	26.3
	1 hastalık	96	38.9
	1'den fazla hastalık	86	34.8

Hastaların tanıları incelendiğinde; %54.3'ünde (n=134) ön segment hastalıkları (katarakt, glokom, keratokonus, kırma kusurları), %34'ünde (n=84) arka segment hastalıkları (Diabetik Retinopati, Retina Dekolmanı, Retinitis Pigmentosa, Epiretinal Membran, Dejeneratif Miyopi), %11.7'sinde (n=29) hem ön hem de arka segment hastalıklarının mevcut olduğu saptandı. Hastaların % 27.5'inin (n=68) iyi gören gözde, %0.8'inin (n=2) kötü gören gözde normal görmeye sahip olduğu, bunun dışındakilerin çeşitli derecelerde görme kaybının olduğu, %51.4'ünün (n=127) görme kaybının 1-5 yıl önce başladığı belirlendi.

Sadece %26.3'ünde (n=65) ilave bir kronik bir hastalık olmadığı görüldü.

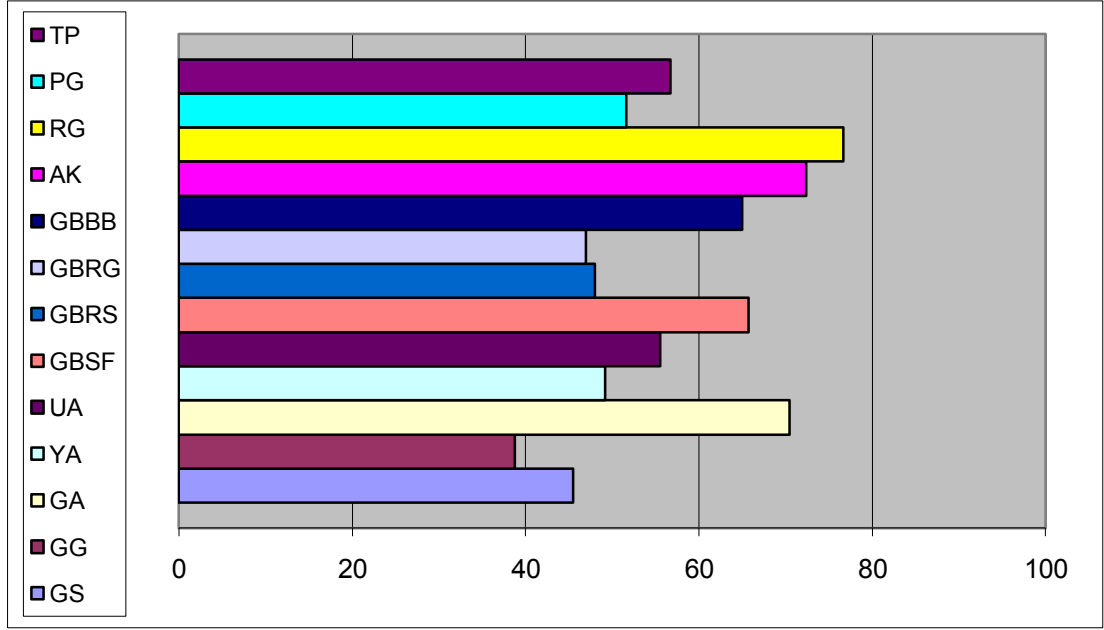
6.2. Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1. NEI-VFQ-25 İlişkin Puan Değerleri (N=247)

Alt Ölçek	Ort	SS	Min	Max
GS	45.46	16.07	5.0	82.5
GG	38.77	15.43	10.0	90.0
GA	70.45	23.79	25.0	1.0
YA	49.15	27.76	0,0	1.0
UA	55.54	26.12	8.3	1.0
GBSF	65.71	28.08	8.3	1.0
GBRS	48.03	26.67	0.0	1.0
GBRG	46.94	28.59	0.0	1.0
GBBB	65.00	30.17	0.0	1.0
AK	72.40	24.17	16.7	91.7
RG	76.64	30.47	0.0	1.0
PG	51.62	26.43	0.0	1.0
TP	56.72	21.59	0.0	1.0

Ort: Aritmetik ortalama

S.s. :Standart sapma



Şekil. 4. NEI-VFQ-25 İlişkin Puan Değerleri

Ölçek puanları incelendiğinde; GG alt ölçeğinin ortalama 38.77 ± 15.43 puan ile en düşük puana sahip olduğu, AK (72.40 ± 24.17) ve RG (76.64 ± 30.47) alt ölçeklerinin ise yüksek puana sahip olduğu, ölçeğin TP ortalaması 56.72 ± 21.59 olarak belirlendi.

6.3. Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.3.1. NEI-VFQ-25 Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Grup	n	Ort	SS	MW	p
GS	Kadın	108	40.81	13.98	5202.000	0.000
	Erkek	139	49.07	16.69		
GG	Kadın	108	36.86	13.02	6997.500	0.357
	Erkek	139	40.25	16.98		
GA	Kadın	108	62.73	24.35	5085.500	0.000
	Erkek	139	76.44	21.60		
YA	Kadın	108	44.38	22.34	6342.000	0.036
	Erkek	139	52.85	30.90		
UA	Kadın	108	49.72	20.40	5988.500	0.006
	Erkek	139	60.05	29.10		
GBSF	Kadın	108	59.34	23.43	5466.000	0.000
	Erkek	139	70.65	30.38		
GBRS	Kadın	108	37.23	21.59	4436.000	0.000
	Erkek	139	56.41	27.29		
GBRG	Kadın	108	38.60	24.05	5352.500	0.000
	Erkek	139	53.42	30.20		
GBBB	Kadın	108	53.53	30.55	4551.000	0.000
	Erkek	139	73.92	26.75		
RG	Kadın	105	75.71	29.31	6882.000	0.398
	Erkek	139	77.34	31.41		
PG	Kadın	108	46.53	20.35	6278.000	0.021
	Erkek	139	55.58	29.80		
TP	Kadın	108	50.40	18.37	5116.000	0.000
	Erkek	139	61.63	22.66		

Mann Whitney U test kullanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların GG ve RG alt ölçekleri dışındaki diğer alt ölçeklerin ve ölçeğin toplamının puan ortalamasının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği, kadın hastaların aldıkları puanın erkek hastalara göre daha düşük olduğu görüldü ($p < 0.05$). AK alt ölçeği için kadınlarda araba kullanan olmadığından karşılaştırma yapılamadı.

Tablo 6.3.2. NEI-VFQ-25 Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Yaş grupları	n	Ort	SS	KW	p	Post hoc
GS	50 ve ↓ (a)	53	49.25	18.05	8.487	0.037	a vs c,d
	51-60 (b)	89	46.26	16.03			
	61-70 (c)	65	42.69	13.07			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	43.13	17.16			
GG	50 ve ↓ (a)	53	41.51	15.52	9.548	0.023	a vs c d vs b,c
	51-60 (b)	89	38.04	16.83			
	61-70 (c)	65	35.23	13.79			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	42.50	13.54			
GA	50 ve ↓ (a)	53	64.39	24.19	5.844	0.119	-
	51-60 (b)	89	72.05	24.57			
	61-70 (c)	65	70.00	23.05			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	75.63	21.73			
YA	50 ve ↓ (a)	53	53.66	28.59	4.489	0.213	-
	51-60 (b)	89	48.45	31.36			
	61-70 (c)	65	44.49	25.51			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	52.29	20.21			
UA	50 ve ↓ (a)	53	60.02	26.86	5.815	0.121	-
	51-60 (b)	89	56.23	27.91			
	61-70 (c)	65	49.44	24.71			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	57.97	22.05			
GBSF	50 ve ↓ (a)	53	67.53	29.39	2.616	0.455	-
	51-60 (b)	89	65.82	29.30			
	61-70 (c)	65	61.80	27.48			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	69.38	24.51			
GBRS	50 ve ↓ (a)	53	47.04	27.31	2.655	0.448	-
	51-60 (b)	89	46.20	27.28			
	61-70 (c)	65	47.49	25.01			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	54.28	27.17			
GBRG	50 ve ↓ (a)	53	53.18	28.94	5.077	0.166	-
	51-60 (b)	89	42.35	29.55			
	61-70 (c)	65	46.64	27.82			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	49.38	26.28			
GBBB	50 ve ↓ (a)	53	69.46	31.39	2.801	0.423	-
	51-60 (b)	89	63.98	32.19			
	61-70 (c)	65	62.69	26.90			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	65.15	29.37			
AK	50 ve ↓ (a)	12	83.33	12.31	7.104	0.069	-
	51-60 (b)	9	79.63	15.09			
	61-70 (c)	6	47.22	35.22			
	71 yaş ve ↑ (d)	5	63.33	24.01			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Tablo 6.3.2. NEI-VFQ-25 Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (Devamı) (N=247)

Alt Ölçek	Yaş grupları	n	Ort	SS	KW	p	Post hoc
RG	50 ve ↓ (a)	53	81.13	30.97	9.670	0.022	d vs b,c
	51-60 (b)	89	71.07	33.05			
	61-70 (c)	62	73.39	29.98			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	88.13	19.60			
PG	50 ve ↓ (a)	53	52.83	28.02	6.080	0.108	-
	51-60 (b)	89	50.28	29.07			
	61-70 (c)	65	48.46	24.95			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	58.13	19.11			
TP	50 ve ↓ (a)	53	59.09	22.06	4.291	0.232	-
	51-60 (b)	89	55.42	23.48			
	61-70 (c)	65	53.82	20.33			
	71 yaş ve ↑ (d)	40	61.18	17.93			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Hastaların yaş gruplarına göre GS, GG ve RG alt ölçek puan ortalamalarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Yapılan ileri analizde bu farkın GS alt ölçeği için 50 yaş ve altındakilerin puanının 61-70 ($p=0.008$) ile 71 yaş ve üstündekilerden ($p=0.033$) daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulundu.

GG alt ölçeği için farkın 50 yaş ve altındakilerin puanının 61-70 yaş grubundan ($p=0.027$) ve 71 yaş ve üstü olanların puanının 51-60 ($p=0.047$) ile 61-70 yaş grubundan ($p=0.004$) yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü.

RG alt ölçeğinde 71 yaş ve üstündekilerin puanının 51-60 ($p=0.010$) ile 61-70 yaş grubundan ($p=0.015$) yüksek olduğu saptandı.

Tablo 6.3.3. NEI-VFQ-25 Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Grup	n	Ort	SS	KW	p	Post Hoc
GS	Okur-yazar değil(a)	42	39.05	12.76	20.432	0.000	e vs a,b,c,d c vs a
	Okur-yazar(b)	16	37.19	10.80			
	İlkokul(c)	130	47.65	15.19			
	Lise (d)	43	44.71	19.50			
	Lisans (e)	16	54.69	17.34			
GG	Okur-yazar değil(a)	42	33.22	11.68	18.260	0.001	e vs a,b,c,d c vs a
	Okur-yazar(b)	16	37.81	16.43			
	İlkokul(c)	130	39.62	15.81			
	Lise (d)	43	37.21	15.94			
	Lisans (e)	16	51.56	11.36			
GA	Okur-yazar değil(a)	42	63.10	26.62	22.610	0.000	c vs a d vs e
	Okur-yazar(b)	16	73.44	24.95			
	İlkokul(c)	130	76.83	21.00			
	Lise (d)	43	62.21	23.86			
	Lisans (e)	16	57.03	20.90			
YA	Okur-yazar değil(a)	42	43.40	23.29	12.593	0.013	e vs a,b,c,d
	Okur-yazar(b)	16	43.49	24.20			
	İlkokul(c)	130	51.18	28.20			
	Lise (d)	43	43.31	28.78			
	Lisans (e)	16	69.01	27.00			
UA	Okur-yazar değil(a)	42	44.22	20.30	19.347	0.001	e vs a,b,c,d c vs a
	Okur-yazar(b)	16	49.35	23.35			
	İlkokul(c)	130	58.73	26.43			
	Lise (d)	43	52.38	27.50			
	Lisans (e)	16	73.96	22.64			
GBSF	Okur-yazar değil(a)	42	52.98	25.71	24.506	0.000	e vs a,b,c,d c vs a
	Okur-yazar(b)	16	65.10	20.91			
	İlkokul(c)	130	69.17	28.45			
	Lise (d)	43	59.59	28.24			
	Lisans (e)	16	88.02	17.21			
GBRS	Okur-yazar değil(a)	42	32.74	21.28	35.125	0.000	e vs a,b,c,d c vs a,d
	Okur-yazar(b)	16	42.81	26.52			
	İlkokul(c)	130	54.65	25.60			
	Lise (d)	43	39.11	26.82			
	Lisans (e)	16	63.54	23.02			
GBRG	Okur-yazar değil(a)	42	29.91	21.10	24.397	0.000	e vs a,b,d a vs b,c,d
	Okur-yazar(b)	16	43.75	22.36			
	İlkokul(c)	130	52.74	30.89			
	Lise (d)	43	43.02	26.31			
	Lisans (e)	16	58.20	15.77			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Tablo 6.3.3 NEI-VFQ-25 Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (Devamı) (N=247)

Alt Ölçek	Grup	n	Ort	SS	KW	p	Post Hoc
GBBB	Okur-yazar değil(a)	42	45.69	29.91	25.720	0.000	e vs a,b,c,d a vs b,c,d,e
	Okur-yazar(b)	16	64.06	25.67			
	İlkokul(c)	130	68.99	28.98			
	Lise (d)	43	64.97	30.77			
	Lisans (e)	16	84.38	19.09			
AK	Okur-yazar değil(a)	0	-	-	1.853	0.604	-
	Okur-yazar(b)	1	83.33	-			
	İlkokul(c)	22	67.80	27.49			
	Lise (d)	3	88.89	4.81			
	Lisans (e)	6	79.17	10.21			
RG	Okur-yazar değil(a)	42	67.86	29.88	12.451	0.014	e vs a,c,d c vs a
	Okur-yazar(b)	16	82.81	26.96			
	İlkokul(c)	130	76.92	31.22			
	Lise (d)	43	76.16	31.32			
	Lisans (e)	13	96.15	13.87			
PG	Okur-yazar değil(a)	42	44.05	22.64	17.713	0.001	e vs a,b,c,d
	Okur-yazar(b)	16	51.56	26.57			
	İlkokul(c)	130	51.54	27.09			
	Lise (d)	43	50.00	24.40			
	Lisans (e)	16	76.56	23.22			
TP	Okur-yazar değil(a)	42	45.72	18.66	14.628	0.002	c vs a
	Okur-yazar(b)	16	55.37	18.44			
	İlkokul(c)	130	59.98	21.62			
	Lise (d)	43	52.81	22.25			
	Lisans (e)	16	70.99	15.78			

Kruskal Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Eğitim durumuna göre, ölçek puanları karşılaştırıldığında AK dışındaki tüm alt ölçek ve TP ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Farkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda lisans mezunlarının GS, GG, YA, UA, GBSF, GBRS, GBBB, PG puanlarının diğerlerinden; aynı şekilde ilkokul mezunlarının GS, GG, UA, GBSF, GBRS, RG ve TP ortalamalarının okur-yazar olmayanlardan yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$).

**Tablo 6.3.4.NEI-VFQ-25 Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması
(N=247)**

Alt Ölçek	Grup	n	Ort	SS	MW	p
GS	Bekar	60	46.54	14.28	5355.000	0.593
	Evli	187	45.11	16.62		
GG	Bekar	60	40.83	15.82	5017.500	0.215
	Evli	187	38.10	15.29		
GA	Bekar	60	69.58	25.04	5504.000	0.823
	Evli	187	70.72	23.44		
YA	Bekar	60	47.33	22.68	5478.500	0.784
	Evli	187	49.73	29.23		
UA	Bekar	60	53.25	22.70	5221.500	0.419
	Evli	187	56.27	27.14		
GBSF	Bekar	60	65.21	28.20	5559.000	0.915
	Evli	187	65.87	28.11		
GBRS	Bekar	60	47.55	26.27	5548.500	0.898
	Evli	187	48.18	26.87		
GBRG	Bekar	60	47.71	27.40	5442.500	0.727
	Evli	187	46.69	29.03		
GBBB	Bekar	60	67.08	29.52	5362.000	0.605
	Evli	187	64.34	30.42		
AK	Bekar	7	72.62	16.47	70.500	0.421
	Evli	25	72.33	26.21		
RG	Bekar	57	80.26	31.25	4807.500	0.214
	Evli	187	75.54	30.23		
PG	Bekar	60	49.58	26.24	5494.000	0.801
	Evli	187	52.27	26.53		
TP	Bekar	60	56.71	20.10	5516.500	0.846
	Evli	187	56.73	22.09		

Mann Whitney U test kullanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların ölçek puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği görüldü ($p>0.05$).

Tablo 6.3.5. NEI-VFQ-25 Puanlarının Yaşanılan Kişiyeye Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Grup	n	Ort	SS	MW	p
GS	Yalnız ve diğer	34	47.87	13.30	3322.500	0.436
	Aile	213	45.07	16.46		
GG	Yalnız ve diğer	34	42.35	15.09	2990.000	0.100
	Aile	213	38.19	15.45		
GA	Yalnız ve diğer	34	75.37	24.71	3078.500	0.155
	Aile	213	69.6	23.61		
YA	Yalnız ve diğer	34	48.96	21.88	3567.500	0.890
	Aile	213	49.17	28.63		
UA	Yalnız ve diğer	34	51.39	20.44	3203.500	0.280
	Aile	213	56.20	26.90		
GBSF	Yalnız ve diğer	34	67.77	24.94	3410.500	0.583
	Aile	213	65.38	28.59		
GBRS	Yalnız ve diğer	34	50.54	27.97	3451.500	0.661
	Aile	213	47.63	26.50		
GBRG	Yalnız ve diğer	34	46.14	26.07	3605.500	0.968
	Aile	213	47.07	29.03		
GBBB	Yalnız ve diğer	34	68.38	25.47	3445.000	0.647
	Aile	213	64.47	30.87		
AK	Yalnız ve diğer	6	69.44	15.52	51.000	0.176
	Aile	26	73.08	25.96		
RG	Yalnız ve diğer	31	81.45	32.25	2894.000	0.218
	Aile	213	75.94	30.22		
PG	Yalnız ve diğer	34	51.47	26.07	3471.500	0.686
	Aile	213	51.64	26.55		
TP	Yalnız ve diğer	34	58.13	18.72	3539.500	0.833
	Aile	213	56.50	22.04		

Mann Whitney U test kullanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların ölçek puanlarının ortalamalarının yaşadığı kişiler değişkenine göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 6.3.6. NEI-VFQ- 25 Puanlarının Mesleğe Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Grup	n	Ort	SS	KW	p	Post hoc
GS	Emekli(a)	82	49.88	15,19	36,224	0,000	b vs a,c
	Ev hanımı(b)	88	37.70	13.23			
	İşçi, memur, serbest ve işsiz (c)	77	49.61	16.77			
GG	Emekli(a)	82	41.59	17.18	3.967	0.138	
	Ev hanımı(b)	88	37.67	11.12			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	37.01	17.38			
GA	Emekli(a)	82	80.64	18.44	23.542	0,000	a vs b,c
	Ev hanımı(b)	88	62.93	24.45			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	68.18	24.55			
YA	Emekli(a)	82	55.13	29.66	5.038	0.081	-
	Ev hanımı(b)	88	45.71	21.26			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	46.70	31.32			
UA	Emekli(a)	82	60.79	28.66	6.029	0,049	a vs b
	Ev hanımı(b)	88	49.78	19.02			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	56.52	29.15			
GBSF	Emekli(a)	82	73.27	29.01	12.268	0,002	b vs a,c
	Ev hanımı(b)	88	60.13	22.34			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	64.02	31.35			
GBRS	Emekli(a)	82	60.59	25.66	33.705	0,000	a vs b,c c vs b
	Ev hanımı(b)	88	36.66	20.74			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	47.64	28.08			
GBRG	Emekli(a)	82	56.78	30.21	15.383	0,000	a vs b,c c vs b
	Ev hanımı(b)	88	39.28	19.97			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	45.21	32.27			
GBBB	Emekli(a)	82	76.91	24.03	23.022	0,000	a vs b,c c vs b
	Ev hanımı(b)	88	55.61	28.38			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	63.07	33.90			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Tablo 6.3.6. NEI-VFQ 25 Puanlarının Mesleğe Göre Karşılaştırılması (Devamı)
(N=247)

Alt Ölçek	Grup	n	Ort	SS	KW	p	Post hoc
AK	Emekli(a)	19	66.67	26.21	4.202	0.040	c vs a
	Ev hanımı(b)	0					
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	13	80.77	18.75			
RG	Emekli(a)	79	83.54	28.56	10.605	0.005	c vs a,b
	Ev hanımı(b)	88	78.69	26.95			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	67.21	33.99			
PG	Emekli(a)	82	55.18	28.80	3.110	0.211	-
	Ev hanımı(b)	88	47.44	19.34			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	52.60	30.24			
TP	Emekli(a)	82	64.24	21.58	15.975	0.000	a vs b,c c vs b
	Ev hanımı(b)	88	51.39	16.82			
	İşçi, memur, serbest, işsiz ve diğer(c)	77	54.80	24.30			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Hastaların ölçekten aldıkları puanlar mesleğe göre karşılaştırıldığında GG, YA ve PG dışındaki alt ölçek ve TP ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği belirlendi ($p<0.05$).

GA, GBRS, GBRG, GBBB alt ölçeklerinde ve TP da emekli hastaların puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek, ev hanımlarının ise diğerlerinden düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Ayrıca ev hanımlarının GS, UA ve GBSF puan ortalamalarının da daha düşük olduğu görüldü ($p<0.05$).

Tablo 6.3.7. NEI-VFQ-25 Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Grup	n	Ort	SS	KW	p	Post hoc
GS	Çok kötü (a)	52	42.69	13.88	2.766	0.251	-
	Kötü (b)	179	46.09	16.62			
	Orta(c)	16	47.34	16.29			
GG	Çok kötü (a)	52	32.40	15.39	18.993	0.000	a vs b,c
	Kötü (b)	179	39.78	15.03			
	Orta (c)	16	48.13	13.28			
GA	Çok kötü (a)	52	75.72	25.42	4.286	0.117	-
	Kötü (b)	179	68.99	23.42			
	Orta(c)	16	69.53	21.39			
YA	Çok kötü (a)	52	37.94	25.19	14.968	0.001	a vs b,c
	Kötü (b)	179	51.04	27.65			
	Orta(c)	16	64.32	26.13			
UA	Çok kötü (a)	52	44.90	25.41	14.332	0.001	a vs b,c
	Kötü (b)	179	57.44	25.86			
	Orta(c)	16	68.83	20.94			
GBSF	Çok kötü (a)	52	54.09	29.07	11.960	0.003	a vs b,c
	Kötü (b)	179	68.02	27.25			
	Orta(c)	16	77.60	23.71			
GBRS	Çok kötü (a)	52	43.72	29.00	2.855	0.240	-
	Kötü (b)	179	49.39	26.39			
	Orta(c)	16	46.76	21.24			
GBRG	Çok kötü (a)	52	31.49	30.69	23.854	0.000	a vs b,c
	Kötü (b)	179	50.11	26.82			
	Orta(c)	16	61.72	22.11			
GBBB	Çok kötü (a)	52	51.68	30.85	13.318	0.001	a vs b,c
	Kötü (b)	179	67.84	29.20			
	Orta(c)	16	76.56	26.76			
AK	Çok kötü (a)	7	85.71	15.75	6.401	0.041	a vs b
	Kötü (b)	21	66.67	25.82			
	Orta(c)	4	79.17	19.84			
RG	Çok kötü (a)	52	65.87	32.10	10.252	0.006	a vs b,c
	Kötü (b)	176	78.69	29.89			
	Orta(c)	16	89.06	22.30			
PG	Çok kötü (a)	52	44.23	22.478	9.459	0.009	a vs b,c
	Kötü (b)	179	52.51	27.04			
	Orta(c)	16	65.63	25.62			
TP	Çok kötü (a)	52	48.26	21.78	12.553	0.002	a vs b,c
	Kötü (b)	179	58.29	21.22			
	Orta(c)	16	66.73	17.34			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Hastaların gelir düzeyine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; GS, GA ve GBRS alt ölçekleri hariç diğer alt ölçekler ve TP ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farklılığın gelir düzeyi çok kötü olan hastaların puan ortalamalarının diğerlerinden daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü ($p<0.05$).

Tablo 6.3.8. NEI-VFQ-25 Puanlarının Kronik Hastalığa Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Kronik Hastalık	n	Ort	SS	KW	p	Post hoc
GS	Yok(a)	65	55.77	14.76	64.944	0.000	a vs b,c b vs c
	1 hastalık(b)	96	47.81	13.07			
	1 ↑(c)	86	35.03	13.95			
GG	Yok(a)	65	42.23	14.71	19.285	0.000	a vs c b vs c
	1 hastalık(b)	96	41.41	15.06			
	1 ↑(c)	86	33.20	14.99			
GA	Yok(a)	65	69.42	21.77	1.530	0.465	-
	1 hastalık(b)	96	72.27	25.21			
	1 ↑(c)	86	69.19	23.77			
YA	Yok(a)	65	59.84	26.18	36.372	0.000	c vs a,b
	1 hastalık(b)	96	53.85	25.27			
	1 ↑(c)	86	35.80	26.60			
UA	Yok(a)	65	65.58	21.73	39.342	0.000	c vs a,b
	1 hastalık(b)	96	61.06	24.99			
	1 ↑(c)	86	41.79	24.96			
GBSF	Yok(a)	65	75.58	23.68	34.928	0.000	c vs a,b
	1 hastalık(b)	96	71.62	26.15			
	1 ↑(c)	86	51.65	27.94			
GBRS	Yok(a)	65	53.59	24.41	21.503	0.000	c vs a,b
	1 hastalık(b)	96	53.80	27.03			
	1 ↑(c)	86	37.38	24.86			
GBRG	Yok(a)	65	54.33	24.73	40.377	0.000	c vs a,b
	1 hastalık(b)	96	55.99	27.14			
	1 ↑(c)	86	31.25	26.43			
GBBB	Yok(a)	65	74.14	24.78	18.963	0.000	c vs a,b
	1 hastalık(b)	96	69.20	29.20			
	1 ↑(c)	86	53.42	31.60			
AK	Yok(a)	14	73.81	18.45	4.310	0.116	-
	1 hastalık(b)	11	83.33	12.91			
	1 ↑(c)	7	52.38	36.23			
RG	Yok(a)	65	89.23	21.64	41.647	0.000	c vs a,b
	1 hastalık(b)	93	83.07	28.11			
	1 ↑(c)	86	60.17	31.71			
PG	Yok(a)	65	60.39	25.346	24.192	0.000	c vs a,b
	1 hastalık(b)	96	54.48	26.406			
	1 ↑(c)	86	41.86	24.387			
TP	Yok(a)	65	64.35	17.400	24.386	0.000	c vs a,b
	1 hastalık(b)	96	61.60	20.377			
	1 ↑(c)	86	45.508	21.397			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Kronik hastalığı olmayanların GS puanı, 1 hastalığı olanların GS puanından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Kronik hastalığı olmayanların GS, GG, YA, UA, GBSF, GBRS, GBRG, GBBB, RG, PG ve TP ortalamaları 1'den fazla hastalığı olanların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

1 hastalığı olanların GS, GG, YA, UA, GBSF, GBRS, GBRG, GBBB, RG, PG ve TP ortalamaları 1'den fazla hastalığı olanların puanlarından yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların GA, AK puanı ortalamalarının ek hastalık değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.3.9. NEI-VFQ-25 Puanlarının Mevcut Bulunan Göz Hastalığına Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Göz Hastalığı	n	Ort	SS	KW	p	Post hoc
GS	Ön segment (a)	134	48.21	15.65	24.520	0.000	c vs a,b
	Arka segment (b)	84	46.49	13.88			
	Ön ve Arka segment(c)	29	29.74	15.45			
GG	Ön segment (a)	134	42.09	15.05	33.610	0.000	c vs a,b
	Arka segment (b)	84	38.16	15.42			
	Ön ve Arka segment(c)	29	25.17	8.18			
GA	Ön segment (a)	134	72.67	23.76	18.121	0.000	c vs a,b
	Arka segment (b)	84	73.36	20.88			
	Ön ve Arka segment(c)	29	51.72	24.26			
YA	Ön segment (a)	134	56.82	24.59	41.719	0.000	c vs a,b
	Arka segment (b)	84	46.13	29.65			
	Ön ve Arka segment(c)	29	22.41	15.53			
UA	Ön segment (a)	134	61.09	24.29	31.990	0.000	c vs a,b
	Arka segment (b)	84	55.42	26.23			
	Ön ve Arka segment(c)	29	30.22	18.44			
GBSF	Ön segment (a)	134	73.17	23.89	38.480	0.000	a vs b
	Arka segment (b)	84	63.89	29.68			c vs a,b
	Ön ve Arka segment(c)	29	36.49	21.06			
GBRS	Ön segment (a)	134	54.80	26.35	35.482	0.000	a vs b
	Arka segment (b)	84	45.48	24.97			c vs a,b
	Ön ve Arka segment(c)	29	24.14	16.53			
GBRG	Ön segment (a)	134	54.06	24.96	28.437	0.000	a vs b
	Arka segment (b)	84	43.30	32.50			c vs a,b
	Ön ve Arka segment(c)	29	24.57	17.11			
GBBB	Ön segment (a)	134	70.85	26.74	27.670	0.000	c vs a,b
	Arka segment (b)	84	65.85	30.05			
	Ön ve Arka segment(c)	29	35.56	29.32			
AK	Ön segment (a)	24	68.06	25.38	4.894	0.027	b vs a
	Arka segment (b)	8	85.42	14.61			
	Ön ve Arka segment(c)	0					
RG	Ön segment (a)	131	83.78	24.40	17.716	0.000	a vs b
	Arka segment (b)	84	72.02	35.23			c vs a,b
	Ön ve Arka segment(c)	29	57.76	30.69			
PG	Ön segment (a)	134	57.46	25.66	23.442	0.000	a vs b
	Arka segment (b)	84	48.51	27.81			c vs a,b
	Ön ve Arka segment(c)	29	33.62	13.82			
TP	Ön segment (a)	134	62.52	19.20	41.040	0.000	a vs b
	Arka segment (b)	84	55.25	21.81			c vs a,b
	Ön ve Arka segment(c)	29	34.17	15.45			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Ön segment hastalıkları olanların GBSF, GBRS, GBRG, RG, PG, TP da arka segment hastalıkları olanların puanından yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$).

Ön segment hastalıkları olanların GS, GG, GA, YA, UA, GBSF, GBRS, GBRG, GBBB, RG, PG ve TP da ön ve arka segment hastalıkları olanların arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Arka segment hastalıkları olanların GS, GG, GA, YA, UA, GBSF, GBRS, GBRG, GBBB, RG, PG, TP ortalamalarının ön ve arka segment hastalıkları olanların puanından yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$).

Arka segment hastalıkları olanların AK puanı, ön segment hastalıkları olanların AK puanı arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi (Mann Whitney U= 47.000; $p=0.027<0.05$).

Tablo 6.3.10. NEI-VFQ-25 Puanlarının Görme Kaybı Süresine Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Grup	N	Ort	SS	KW	p	Post hoc
GS	0-6 ay (a)	40	50.00	13.72	9.260	0.026	c vs a,b d vs c
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	48.21	13.20			
	1↑-5 yıl (c)	127	42.17	16.07			
	5 yıldan eski	38	48.62	19.14			
	veya konjenital (d)						
GG	0-6 ay (a)	40	48.38	15.79	38.073	0.000	a vs b,c,d c vs b,d
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	40.60	9.70			
	1↑-5 yıl (c)	127	34.21	15.46			
	5 yıldan eski	38	41.85	14.77			
	veya konjenital (d)						
GA	0-6 ay (a)	40	74.69	24.43	3.235	0.357	-
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	73.81	21.71			
	1↑-5 yıl (c)	127	68.21	24.79			
	5 yıldan eski	38	69.74	21.68			
	veya konjenital (d)						
YA	0-6 ay (a)	40	63.65	26.10	19.740	0,000	a vs c,d b vs c
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	54.25	25.21			
	1↑-5 yıl (c)	127	42.75	26.43			
	5 yıldan eski	38	49.62	30.41			
	veya konjenital (d)						
UA	0-6 ay (a)	40	71.21	23.72	25.887	0.000	a vs c,d b vs c
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	62.40	21.04			
	1↑-5 yıl (c)	127	48.96	26.24			
	5 yıldan eski	38	53.44	25.24			
	veya konjenital (d)						
GBSF	0-6 ay (a)	40	78.33	24.95	23.875	0.000	a vs c,d b vs c
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	76.98	20.23			
	1↑-5 yıl (c)	127	58.14	28.19			
	5 yıldan eski	38	65.24	30.21			
	veya konjenital (d)						
GBRS	0-6 ay (a)	40	55.50	29.41	12.383	0.006	a vs c b vs c
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	55.12	21.20			
	1↑-5 yıl (c)	127	42.66	26.70			
	5 yıldan eski	38	50.26	25.89			
	veya konjenital (d)						
GBRG	0-6 ay (a)	40	66.09	27.70	26.158	0.000	a vs b,c,d b vs c
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	49.85	22.83			
	1↑-5 yıl (c)	127	39.86	27.23			
	5 yıldan eski	38	47.20	30.75			
	veya konjenital (d)						

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Tablo 6.3.10. NEI-VFQ-25 Puanlarının Görme Kaybı Süresine Göre Karşılaştırılması (Devamı) (N=247)

Alt Ölçek	Grup	N	Ort	SS	KW	p	Post hoc
GBBB	0-6 ay (a)	40	77.81	27.44	17.044	0.001	c vs a,b
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	72.47	24.93			
	1↑-5 yıl (c)	127	58.51	30.99			
	5 yıldan eski veya konjenital (d)	38	64.97	30.19			
AK	0-6 ay (a)	8	85.42	11.57	8.287	0.040	b vs a,d
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	6	65.28	14.35			
	1↑-5 yıl (c)	11	57.58	32.37			
	5 yıldan eski veya konjenital (d)	7	86.91	4.45			
RG	0-6 ay (a)	40	90.63	20.17	24.569	0.000	a vs c,d b vs c
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	39	89.10	19.70			
	1↑-5 yıl (c)	127	68.50	31.99			
	5 yıldan eski veya konjenital (d)	38	76.32	34.36			
PG	0-6 ay (a)	40	63.13	25.94	15.256	0.002	a vs c,d b vs c,d
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	57.74	23.74			
	1↑-5 yıl (c)	127	47.84	26.54			
	5 yıldan eski veya konjenital (d)	38	45.40	25.24			
TP	0-6 ay (a)	40	68.92	19.53	24.699	0.000	a vs c,d b vs c
	6 ay↑ - 1 yıl (b)	42	62.89	15.83			
	1↑-5 yıl (c)	127	50.91	21.79			
	5 yıldan eski veya konjenital (d)	38	56.48	21.93			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

0-6 aydır görme kaybı bulunanların GG, YA, UA, GBSF, GBRG, RG, PG, TP ortalamaları 1-5 yıl ve 5 yıldan eski veya doğuştan bulunanlarının puanından yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Görme kaybı süresi 6 ay-1 yıl olanların GS, GG, YA, UA, GBSF, GBRS, GBRG, GBBB, RG, PG, TP ortalamaları, 1-5 yıl olanların alt ölçek puanları arasında anlamlılık tespit edildi ($p<0.05$).

Tablo 6.3.11. NEI-VFQ-25 Puanlarının İyi Gören Göz Görme Keskinliğine Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Görme Kaybı	n	Ort	SS	KW	p	Post hoc
GS	Normal (a)	68	52.61	13.10	25.534	0.000	a vs b,c,d,e,f, b vs c
	Hafif derecede (b)	113	44.98	15.82			
	Orta derecede (c)	21	35.12	17.91			
	Ağır/şiddetli (d)	21	42.50	14.60			
	Derin (e)	9	43.33	10.23			
	Körlüğe yakın (f)	15	36.50	19.36			
GG	Normal (a)	68	49.49	14.09	98.668	0.000	a vs b,c,d,e,f, b vs c,d,e,f c vs e,f d vs e,f
	Hafif derecede (b)	113	39.96	13.29			
	Orta derecede (c)	21	28.57	9.51			
	Ağır/şiddetli (d)	21	30.24	10.66			
	Derin (e)	9	17.78	4.41			
	Körlüğe yakın (f)	15	20.00	5.00			
GA	Normal (a)	68	68.57	22.80	14.362	0.013	a vs f b vs c,f d vs f
	Hafif derecede (b)	113	74.667	22.81			
	Orta derecede (c)	21	64.88	25.19			
	Ağır/şiddetli (d)	21	72.62	26.40			
	Derin (e)	9	72.22	15.02			
	Körlüğe yakın (f)	15	50.83	25.21			
YA	Normal (a)	68	70.40	22.95	110.476	0.000	a vs c,d,e,f b vs c, d,e,f d vs e,f
	Hafif derecede (b)	113	52.21	23.72			
	Orta derecede (c)	21	24.41	17.40			
	Ağır/şiddetli (d)	21	26.49	8.62			
	Derin (e)	9	16.67	3.61			
	Körlüğe yakın (f)	15	15.56	11.30			
UA	Normal (a)	68	76.19	20.01	105.666	0.000	a vs b,c,d,e b vs c,d, e,f d vs f
	Hafif derecede (b)	113	57.50	22.69			
	Orta derecede (c)	21	31.83	16.15			
	Ağır/şiddetli (d)	21	36.35	14.95			
	Derin (e)	9	28.61	4.21			
	Körlüğe yakın (f)	15	23.33	13.34			
GBSF	Normal (a)	68	84.80	18.44	106.147	0.000	a vs b,c,d,e,f b vs c,d,e,f c vs f d vs f
	Hafif derecede (b)	113	71.06	22.42			
	Orta derecede (c)	21	37.50	21.33			
	Ağır/şiddetli (d)	21	47.82	25.33			
	Derin (e)	9	36.11	11.02			
	Körlüğe yakın (f)	15	21.11	14.04			
GBRS	Normal (a)	68	66.18	22.43	72.105	0.000	a vs b,c,d,e,f b vs c,d,e,f
	Hafif derecede (b)	113	48.48	24.70			
	Orta derecede (c)	21	26.67	18.73			
	Ağır/şiddetli (d)	21	36.667	23.68			
	Derin (e)	9	17.778	11.21			
	Körlüğe yakın (f)	15	26.33	16.31			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Tablo 6.3.11. NEI-VFQ-25 Puanlarının İyi Gören Göz Görme Keskinliğine Göre Karşılaştırılması (Devamı) (N=247)

Alt Ölçek	Görme Kaybı	n	Ort	SS	KW	p	Post hoc
GBRG	Normal (a)	68	71.51	20.44	125.292	0.000	a vs b,c,d,e,f b vs c,d,e,f c vs e d vs e,f
	Hafif derecede (b)	113	48.95	23.97			
	Orta derecede (c)	21	22.32	13.49			
	Ağır/şiddetli (d)	21	24.41	12.01			
	Derin (e)	9	0.69	2.08			
	Körlüğe yakın (f)	15	14.17	11.69			
GBBB	Normal (a)	68	88.24	15.18	113.670	0.000	a vs b,c,d,e, b vs c,d,e,f c vs e,f d vs e
	Hafif derecede (b)	113	68.08	25.69			
	Orta derecede (c)	21	43.75	24.37			
	Ağır/şiddetli (d)	21	50.60	22.53			
	Derin (e)	9	18.75	16.24			
	Körlüğe yakın (f)	15	14.17	7.27			
AK	Normal (a)	20	80.42	18.39	6.166	0.046	-
	Hafif derecede (b)	11	62.88	25.10			
	Orta derecede (c)	1	16.67				
	Ağır/şiddetli (d)	0					
	Derin (e)	0					
	Körlüğe yakın (f)	0					
RG	Normal (a)	65	97.69	10.57	91.010	0.000	a vs b,c,d,e,f b vs c,e,f d vs e
	Hafif derecede (b)	113	80.31	25.32			
	Orta derecede (c)	21	46.43	30.91			
	Ağır/şiddetli (d)	21	65.48	33.98			
	Derin (e)	9	30.56	11.02			
	Körlüğe yakın (f)	15	43.33	33.36			
PG	Normal (a)	68	69.12	25.23	72.728	0.000	a vs b,c,d,e,f b vs c,d,e,f c vs f d vs e
	Hafif derecede (b)	113	52.43	24.08			
	Orta derecede (c)	21	36.91	20.34			
	Ağır/şiddetli (d)	21	36.91	15.04			
	Derin (e)	9	25.00	0.00			
	Körlüğe yakın (f)	15	23.33	14.84			
TP	Normal (a)	68	74.01	13.98	119.299	0.000	a vs b,c,d,e,f b vs c,d,e,f c vs e,f d vs e
	Hafif derecede (b)	113	59.31	17.82			
	Orta derecede (c)	21	36.27	15.31			
	Ağır/şiddetli (d)	21	42.76	13.31			
	Derin (e)	9	26.42	2.84			
	Körlüğe yakın (f)	15	25.22	6.28			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

İyi gören gözde görme keskinliğine göre hastaların ölçek puanları karşılaştırıldığında; alt ölçek ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Yapılan ileri analizde; iyi gören gözünde normal görme yeteneğine sahip olanların GA ve AK alt ölçekleri dışında tüm alt ölçek ve TP ortalamalarının çeşitli derecelerde görme kaybı diğer hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$).

İyi gören gözünde hafif derecede görme kaybı olanların GG, YA, UA, GBSF, GBRS, GBRG, GBBB, PG ve TP ortalamaları iyi gören gözünde orta derecede, ağır/şiddetli, derin, körlüğe yakın görme kaybı olanların puanından yüksek tespit edildi ($p<0.05$).

Tablo 6.3.12. NEI-VFQ-25 Puanlarının Kötü Gören Göz Görme Keskinliğine Göre Karşılaştırılması (N=247)

Alt Ölçek	Grup	N	Ort	SS	KW	P	Post hoc
GS	Normal (a)	2	50.00	0.00	8.638	0.124	-
	Hafif derecede (b)	73	48.32	16.83			
	Orta derecede (c)	27	45.19	15.03			
	Ağır/şiddetli (d)	44	40.97	10.12			
	Derin (e)	9	49.17	12.44			
	Körlüğe yakın (f)	92	44.95	18.13			
GG	Normal (a)	2	45.00	0.00	21.121	0.001	b vs c,d,f e vs c
	Hafif derecede (b)	73	44.59	16.02			
	Orta derecede (c)	27	35.74	11.07			
	Ağır/şiddetli (d)	44	37.50	11.79			
	Derin (e)	9	45.00	8.29			
	Körlüğe yakın (f)	92	34.89	16.84			
GA	Normal (a)	2	37.50	0.00	12.548	0.028	b vs a d vs a e vs a,c
	Hafif derecede (b)	73	73.29	21.58			
	Orta derecede (c)	27	67.13	25.27			
	Ağır/şiddetli (d)	44	75.00	20.53			
	Derin (e)	9	86.11	17.05			
	Körlüğe yakın (f)	92	66.17	25.85			
YA	Normal (a)	2	45.83	0.00	24.856	0.000	b vs c,d,f
	Hafif derecede (b)	73	61.92	24.39			
	Orta derecede (c)	27	43.21	23.43			
	Ağır/şiddetli (d)	44	47.49	21.74			
	Derin (e)	9	43.98	20.74			
	Körlüğe yakın (f)	92	42.12	31.60			
UA	Normal (a)	2	50.00	0.00	19.799	0.001	b vs c,d,f
	Hafif derecede (b)	73	65.69	22.31			
	Orta derecede (c)	27	52.25	21.84			
	Ağır/şiddetli (d)	44	52.86	23.04			
	Derin (e)	9	64.44	25.55			
	Körlüğe yakın (f)	92	48.98	29.41			
GBSF	Normal (a)	2	75.00	0.00	28.299	0.000	b vs c,d,f
	Hafif derecede (b)	73	78.37	19.87			
	Orta derecede (c)	27	63.27	23.14			
	Ağır/şiddetli (d)	44	64.96	22.61			
	Derin (e)	9	78.70	33.62			
	Körlüğe yakın (f)	92	55.25	32.63			
GBRS	Normal (a)	2	55.00	0.00	24.368	0.000	b vs c,f d vs f
	Hafif derecede (b)	73	57.53	23.59			
	Orta derecede (c)	27	43.15	27.07			
	Ağır/şiddetli (d)	44	50.34	24.05			
	Derin (e)	9	63.33	31.13			
	Körlüğe yakın (f)	92	39.17	27.00			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Tablo 6.3.12. NEI-VFQ-25 Puanlarının Kötü Gören Göz Görme Keskinliğine Göre Karşılaştırılması (Devamı) (N=247)

Alt Ölçek	Grup	N	Ort	SS	KW	P	Post hoc
GBRG	Normal (a)	2	56.25	0.00	26.127	0.000	b vs c,d,f d vs f c vs f
	Hafif derecede (b)	73	57.53	21.99			
	Orta derecede (c)	27	46.99	22.69			
	Ağır/şiddetli (d)	44	45.88	23.38			
	Derin (e)	9	61.81	31.78			
	Körlüğe yakın (f)	92	37.36	33.55			
GBBB	Normal (a)	2	75.00	0.00	16.914	0.005	b vs f d vs f
	Hafif derecede (b)	73	73.97	22.72			
	Orta derecede (c)	27	65.74	24.29			
	Ağır/şiddetli (d)	44	73.15	22.66			
	Derin (e)	9	70.83	35.49			
	Körlüğe yakın (f)	92	52.99	35.80			
AK	Normal (a)	0			5.358	0.253	-
	Hafif derecede (b)	14	76.19	17.25			
	Orta derecede (c)	4	50.00	27.22			
	Ağır/şiddetli (d)	2	87.50	5.89			
	Derin (e)	2	75.00	23.57			
	Körlüğe yakın (f)	10	72.50	31.19			
RG	Normal (a)	0			17.973	0.001	b vs c,d,f
	Hafif derecede (b)	72	89.24	18.68			
	Orta derecede (c)	27	75.00	25.94			
	Ağır/şiddetli (d)	44	76.71	30.21			
	Derin (e)	9	80.56	32.54			
	Körlüğe yakın (f)	92	66.85	35.57			
PG	Normal (a)	2	50.00	0.00	17.306	0.004	b vs f
	Hafif derecede (b)	73	61.30	26.37			
	Orta derecede (c)	27	50.93	21.35			
	Ağır/şiddetli (d)	44	50.57	27.75			
	Derin (e)	9	52.78	15.02			
	Körlüğe yakın (f)	92	44.57	26.42			
TP	Normal (a)	2	54.40	0.00	26.367	0.000	b vs c,d,f
	Hafif derecede (b)	73	66.25	16.49			
	Orta derecede (c)	27	54.21	17.49			
	Ağır/şiddetli (d)	44	57.48	16.95			
	Derin (e)	9	64.59	23.04			
	Körlüğe yakın (f)	92	48.82	25.11			

Kruskall Wallis test sonrası post hoc olarak Mann Whitney U test kullanıldı.

Kötü gören gözünde hafif derecede görme kaybı olanların GG, YA, UA, GBSF, GBRS, GBRG, RG, TP ortalamaları kötü gören gözünde orta derecede, ağır/şiddetli ve körlüğe yakın görme kaybı görme kaybı olanların arasında anlamlılık bulundu ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların GS ve AK puanı ortalamalarının kötü göz görme keskinliği değişkeni grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırma kapsamında hastaların görme kaybı olan bireylerde görmeye bağlı yaşam kalitesi değerlendirildi. Örneklemi oluşturan 247 hastanın bilgileri doğrultusunda elde edilen bulgular literatür ışığında üç bölümde tartışıldı.

7.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2. Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.3. Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.1. Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların %43.7'si kadın, 56.3'ü erkektir (Tablo 6.1.1.). Benzer çalışmalardan Bayraktar'ın (2008) yaptığı çalışma da 19'u kadın (%54.3) ve 16'sı erkek (%45.7); Çelik'in (2008) çalışmasında % 47.8'i kadın %52.2 si erkektir. Bu oranlar bizim çalışmamızla benzerlikler göstermektedir. Bu bulgu kadın ve erkek sayısının birbirine yakın oranlarda olması bakımından önem taşımaktadır.

Hastaların %21.5'inin 50 yaş altında, diğerlerinin 50 yaş üzerinde olduğu; % 33.2 sinin emekli, % 35.6 'sının ev hanımı olduğu; %73.7'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi (Tablo 6.1.1). Bu bulgular birlikte düşünüldüğünde birbirleriyle bağdaştığı görülmektedir.

Hastaların % 52.2'si ilkokul % 6.5'i ise üniversite mezunudur. Çelik'in (2008) glokom hastalarının yaşam kalitesini incelediği çalışmasında öğrenim durumlarına göre hastaların % 31'inin ilkokul, %39'unun ortaokul veya lise, % 25'inin de üniversite mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 6.1.1). Bu çalışmada üniversite mezunu oranının daha düşük olması çalışmanın yapıldığı yerin devlet hastanesi olması, örneklem grubunun tıbbi tanılarının farklılığından ve ileri yaşlardaki hastalardan oluşmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Hastalar iyi gören gözün görme keskinliğine göre sınıflandırıldığında %45.7'sinin hafif derecede görme kaybına, kötü gören göze göre sınıflandırıldığında % 37.2 sinin körlüğe yakın görme kaybına sahip olduğu görüldü. Sadece 68 (%27.5)

hastanın iyi gören gözde, 2 (%0.8) kötü gören gözde normal görme derecesine sahip olduğu ve hiçbir hastada tüm görme kaybı (ışık algılamanın olmaması) bulunmadığı belirlendi (Tablo 6.1.2). Hastaların %51.4'ünün görme kaybının 1-5 yıl önce başladığı saptandı (Tablo 6.1.1). Bu bulgular araştırma kapsamına alınan hastaların görme kaybı derecelerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ise hastalar görme keskinliklerine göre incelendiğinde hiçbir hastada tam körlük olmadığı ve gözlerin %14.7'sinde görmeye bozulma ($0.4 \leq$) olduğu saptanmıştır (Savar 2009).

7.2. Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Görme çok boyutlu bir işlevdir. Görmenin günlük yaşama çok büyük etkisi vardır. Bunlar arasında giyinme, ulaşım, yemek yeme, yazı yazma ve iletişim en bariz olanlarıdır. Görmenin dahil olmadığı bir eylem neredeyse yoktur. Görme, ulaşımından boş zaman geçirme aktivitelerine, yemek yapıp yemeye, günlük ihtiyaçların giderilmesine kadar birçok konuyla iç içedir. Görme kaybı ise günlük hayata etki eden birçok aktivitede yetersizliğe sebep olmaktadır. Bu nedenle mümkün olan en iyi yaşam kalitesi, en iyi görme ile sağlanabilir (Brown 1999).

Araştırmaya katılan hastaların GG alt ölçeği puan ortalaması 38.77 ± 15.43 olarak en düşük puana sahiptir. Bunu sırasıyla GS ve GBRG alt ölçekleri takip etmektedir. Ölçekten alınan TP ortalaması ise 56.72 ± 21.59 olarak bulundu (Tablo 6.2.1.) Ölçeğin toplamından ve alt ölçeklerin her birinden alınabilecek en yüksek puanın 100 olduğu düşünülürse, araştırmaya katılan hastaların görmeye bağlı yaşam kalitelerinin önemli derecede azaldığı görülmektedir.

Brown (1999) 325 kişi ile yaptığı çalışmasında görme bozuklukları ve kayıp dereceleri ile yaşam kalitesinin doğrudan ilişkili olduğunu belirlemiştir. Aynı şekilde, Knudtson ve arkadaşlarının (2005) yaşa bağlı göz hastalıkları, yaşam kalitesi ve fonksiyonel aktivite arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada da; görsel fonksiyonlardaki azalmanın, yaşam kalitesinde de azalmaya neden olduğu ve yaşamlarındaki fonksiyonel aktiviteyi düşürdüğü bulunmuştur.

Ülkemizde 251 Behçet üveitli hastanın görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinin NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketleri kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada NEI-I VFQ den alınan TP 75.75 ± 18.73 olarak bulunmuştur. En düşük

puan ortalamasına sahip alt ölçeklerin ise GS, GBRS ve GG olduğu saptanmış ve hastaların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca Behçet hastalığına bağlı genel yaşam kalitesinin görmeye bağlı yaşam kalitesinden daha düşük olduğu görülmüştür (Savar 2009).

Hastaların en yüksek puanı (76.64 ± 30.47) RG alt ölçeğinden aldıkları saptandı (Tablo 6.2.1). Knudtson ve arkadaşları (2005) ile Savar'ın (2009) çalışmalarında da en yüksek puanın RG alt ölçeğine ait olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlardaki benzerlik kişilerin görme kayıpları olmasına rağmen renkli görme özelliklerinin aynı derecede etkilenmediğini göstermektedir. Aynı zamanda kişilerin çeşitli derecelerde görme kayıpları olsa bile ana renkleri seçtikten sonra ara renklerde ayrıntıyı aramayabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Görmeye bağlı yaşam kalitesinin azaldığını gösteren bir başka çalışma da merkezi retinal ven tıkanıklığı olan 51 hasta üzerinde yapılan çalışmadır. Çalışmada hastaların görmeye bağlı yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır (Deramo et al). En düşük puanın AK, GS, GG en yüksek puanın ise GA ve RG alt ölçeklerinde olduğu görülmüştür. Elde ettiğimiz araba kullanma alt ölçeği puan ortalamasının bu çalışmadan yüksek olması araba kullanan bireylerde görme kaybı derecesinin daha düşük olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Clemons ve arkadaşları (2003) yaşa bağlı maküla dejenerasyonu ve katarakt hastalarında karşılaştırmalı olarak NEI-VFQ 25 anketinin iç tutarlılığını ve güvenilirliğini belirlemeye yönelik çalışmalarında ileri düzey yaşa bağlı maküla dejenerasyonu olan hastalarda GBSF, GBRG, GBB puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu belirlemiştir. GBRG alt ölçeğinin en düşük puan sıralamasında ilk sıralarda yer alması bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Senil kataraktı olan (Bayraktar 2008) 35 hasta üzerinde yapılan görmeye bağlı yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada operasyon öncesi NEI-VFQ 25 ölçeği puan ortalaması 79.03 ± 9.78 olarak bulunmuştur. Alt ölçek puan sıralaması en düşük olanlar sırasıyla GG, AK, GS şeklindedir. Aynı şekilde Çelik'in (2008) yaptığı glokom hastalarının görme fonksiyonu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmada da ortalama genel puan 77.6 ± 12.4 olarak tespit edilmiştir.

Görüldüğü gibi araştırmalardan elde edilen sonuçlar görme kaybı olan hastalarda görmeye bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilenmesi yönünden benzerdir. Fakat bu çalışmada TP ortalamasının diğer çalışmalara göre daha düşük bulunması örneklemin ön ve arka segment göz hastalıklarından oluşması ve görme kaybı oranının daha yüksek hastaları içermesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu bulgular H0 (görme kaybı olan bireylerin görmeye bağlı yaşam kalitesi azalır) hipotezini desteklemektedir.

7.3. Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Cinsiyete göre alt ölçek puanları ve TP karşılaştırıldığında GG ve RG alt ölçekleri hariç (Tablo 6.3.1) erkeklerin puanları kadınlarınkinden anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). Behçete bağlı üveiti olan hastalarda cinsiyet değişkenine göre yapılan karşılaştırmada NEI-VFQ-25 alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır fakat SF-36'nın Rol kısıtlaması-Duygusal alt ölçeği ve hastaların kendini değerlendirdiği görsel eşdeğerlik skalasına göre düzeltilmiş en iyi görme keskinliği ve yakın görme keskinliği kadınlarda erkeklere göre düşük bulunmuştur (Savar 2009).

Son dönemlerde yapılan çalışmalarda da gösterilmiştir ki, hastaların görme işlevine bağlı yaşam kaliteleri görme keskinliğinin yanında cinsiyetle de sıkı bir ilişki içindedir. Bayraktar'ın (2008) katarakt hastaları üzerinde yaptığı çalışmada erkeklerin ameliyat öncesi NEI-VFQ 25 ölçeği puan ortalaması 81.8 ± 7.6 iken kadınların puan ortalaması 77.1 ± 10.9 olarak bulunmuştur. Lundqvist ve arkadaşları (2008) katarakt operasyonunu takip eden 5 yıllık süre zarfında cinsiyetin öznel ve nesnel olarak görme işlevine etkilerini araştırdıkları çalışmada kadınların operasyon öncesinde görme keskinliği erkeklerle aynı seviyede olsa bile, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Her iki çalışmanın sonuçları bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Kadın hastaların puanlarının daha düşük bulunması kadın hastaların eğitim düzeylerinin daha düşük olabileceği ve ev ile ilişkili iş yüklerinin fazla olmasına bağlı olarak kendilerinin ve görme işlevlerinin daha çok farkında olabilmeleri ile ilişkili olabilir.

Genel Sağlık ve GG alt ölçeği 50 yaş ve altındaki hastaların puanı 61-70 yaş ile 71 yaş ve üstü olanlardan yüksek bulundu. RG alt ölçeği ise 51-60 ve 61-70 yaş arası gruptan yüksek ($p<0.05$) bulundu (Tablo 6.3.2).

Savar (2009) çalışmasında Behçet üveiti olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaları 16-30 ile 31 ve üstü yaş grubu olara ayırmıştır. 31 yaş ve üstünde olan hastaların YA ve UA alt ölçek puanlarının 16-30 yaş grubuna göre anlamlı olarak düşük bulmuştur. Yaş grupları ve tıbbi tanı açısından farklı olmakla birlikte ileri yaşlarda GBYK'nin azaldığını göstermesi açısından bulgularımızla benzerdir denilebilir. Hasta popülasyonu farklı oldu için bizim çalışmamızla benzerlik göstermemekle birlikte görme fonksiyonunun etkilenmesi bakımından benzerdir diyebiliriz.

Senil kataraktı olan hastalarda yaş grupları 60 yaş ve altı, 61-70 yaş, 71 yaş ve üstü olmak üzere 3 gruba ayrılarak ameliyat öncesi ve sonrasında puan ortalamaları incelendiğinde; ameliyat sonrasında puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı artış olsa da grupların kendi aralarında farklı olmadığı görülmüştür (Bayraktar 2008). GS, GG ve RG dışındaki alt ölçekler hariç birçok alt ölçek puanında ve TP da farklılık bulunmaması çalışmayla benzerlikler göstermektedir.

Esteban ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada görme işlevine bağlı yaşam kalitesinin yaşla birlikte (64 yaş ve üstü) belirgin bir düşüş gösterdiğini ve bunun kadınlarda değerlendirildiğinde toplam skorların erkeklere oranla daha kötü olduğunu saptamışlardır. Yukarıdaki çalışmalar farklı göz hastalıkları ve farklı yaş grupları ile yapılan karşılaştırmalarda; yaşın GBYK üzerindeki etkisinin değiştiğini göstermektedir.

Bu çalışmada 50 yaş ve altında olanların GS puanının 61-70 yaş ile 71 yaş ve üstü olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunması yaşla birlikte sağlık durumunun bozulması ve kronik hastalıkların artmasına bağlı olabileceği; 71 yaş ve üstü olanların RG puanının diğer iki gruptan yüksek olması ilerleyen yaşla birlikte sosyal hayatın kısıtlanması, renk ve renk seçimine verilen önemin azalmasına bağlı olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Eğitim durumuna göre karşılaştırdığında lisans mezunu hastaların GS, GG, YA, UA, GBSF, GBRS, GBBB ve PG alt ölçek puanları diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek ($p<0.05$) bulundu (Tablo 6.3.3).

Toprak ve arkadaşlarının (2005) NEI-VFQ-25 geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında eğitim düzeyi düşük hastaların GG, GBSF, GBRG, GBBB puanları ve TP ortalamalarının eğitimi yüksek olan hastalardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Hastaların eğitim düzeyi düşük (ilkokul ve altı) ve eğitim düzeyi yüksek (lise ve üstü) olmak üzere iki gruba ayrılarak ameliyat öncesi ve sonrası TP ortalamalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, iki grup arasında ameliyat öncesi puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı olup eğitim düzeyi düşük olan grubun puanı ve GBYK daha düşük bulunmuştur (Bayraktar 2008).

Bir başka çalışmada eğitim durumuna göre, GG, GA, YA, GBSF, GBRS, GBRS, GBBB, TP arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Eğitim durumu arttıka anlamlı fark saptanan alt ölçek değerlerinde olumlu yönde değişim meydana geldiği bulunmuştur (Savar 2009).

Çalışmamızda okur-yazar olmamanın görmeye bağlı yaşam kalitesini olumsuz; lisans mezunu olmanın ise olumlu yönde etkilediğinin görülmesi; eğitimi bireylerin daha bilinçli olarak takip ve tedavi arayışı içinde olmaları, eğitim düzeyi arttıka sosyal yaşamda daha aktif rol almaları, gelir ve konfor düzeyinin artması olabileceği şeklinde açıklanabilir.

Hastaların NEI-VFQ-25 puanlarının medeni duruma (Tablo 6.3.4.) ve birlikte yaşanılan kişiye göre (Tablo 6.3.5.) istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu. Medeni durumun ve birlikte yaşanılan kişinin GBYK üzerinde etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamakla birlikte diyabetli bireylerin yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada da medeni duruma göre yaşam kalitelerinin farklılık göstermediği bulunmuştur (Güven 2010). Bu bulgular bundan sonraki çalışmalara ışık tutması açısından yararlı olabilir.

Mesleğe göre yapılan karşılaştırmada GA, GBRS, GBRG, GBBB alt ölçeklerinde ve TP da emekli hastaların puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek, ev hanımlarının ise diğerlerinden düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.3.6). Güven'in

diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada (2010) meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Kadın hastaların GBYK'lerini daha düşük bulduğumuz çalışmada ev hanımlarının GBYK'nin daha düşük bulunması birbirleriyle tutarlılık göstermektedir.

Hastalar gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında, gelir düzeyi çok kötü olanların GS, GA ve GBRS alt ölçekleri hariç diğer alt ölçek puanları ve TP ortalamalarının istatistiksel olarak düşük olduğu ($p<0.05$) belirlendi (Tablo 6.3.7). Koroner arter hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada araştırma kapsamına alınan hastaların gelir düzeyi yükseldikçe hastaların yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur (Dilek 2008).

Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan katılımcıların, tedavi süresinin uzunluğu ve harcamalarının fazlalığı (bu harcamalara günlük yaşamdaki yaşanan sıkıntılardan ötürü gerekli olanlarda dahil) doğrultusunda yaşam kalitelerini daha kötü algıladıkları düşünülebilir. Literatürde, gelir düzeyinin GBYK üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığı için karşılaştırılma yapılamadı. Bu bulgu bundan sonraki çalışmalar için referans oluşturulması açısından yararlı olabilir.

Kronik hastalık değişkeni açısından anlamlı bir farklılığın saptanmadığı iki alt boyuttan biri AK iken diğeri GAdır. Diğer tüm alt boyutlarda ek hastalık değişkeninin doğrudan etkisi saptanmıştır. ($p<0.05$). Bu durumda beklenildiği üzere gruplar arası farklılık; kronik hastalığı olmayanların puanları bir veya daha fazla kronik hastalığı olanların puanlarından yüksek bulundu (Tablo 6.3.10).

Diyabetli bireylerde yapılan bir çalışmada; tansiyon, kolesterol, hiperlipidemi ve diğer durumlara göre YK puanlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği ve kronik hastalığı olanların bazı alt ölçekleri anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (Güven 2010).

Diyabeti nedeniyle 14 yıldır izlenen 30 yaş altında olan 654 diyabetli hastaya NEI- VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin uygulandığı bir çalışmada yaş, diyabet süresi, glikolize hemoglobin, renal bozukluk, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, ekstremitte amputasyonu, görme keskinliği, retinopati evresi, kistoid maküla ödemi, glokom, katarakt, ağrı hissi, sigara içme süresi, sedanter yaşam gibi kriterler değerlendirilmiştir. Bu kriterlerde artış veya kötüleşme olan hastalarda tüm NEI- VFQ-25 ve SF-36 puanlarında azalma saptanmıştır (Klein et al 2001).

Literatürde görme kaybı olan bireylerin sahip oldukları kronik hastalığa göre görmeye bağlı yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgu bundan sonraki çalışmalarda ilave kronik hastalığın değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Tanı değişkeni açısından GBYK'nin tüm alt boyutlarında istatistiksel açıdan önemli farklar saptandı. Ön ve arka segment hastalıklarından her ikisine de sahip olanların GBYK diğer gruplardan anlamlı derecede düşük bulundu. AK alt ölçeğinde ise bu hastalık grubundan katılımcı olmadığı için karşılaştırma yapılamadı. Sadece ön segment hastalığı olanların yaşam kalitelerinin ise diğer gruplara göre daha az etkilendiği görüldü. (Tablo 6.3.9).

Nitekim sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi anketi olan MOS-20 ile yapılan çalışmalarda glokom hastaları ile normal bireyler arasında özellikle rol fonksiyonları, fiziksel fonksiyonlar ve genel sağlık kategorilerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Sherwood 1998).

Clemons ve arkadaşları (2003) yaşam kalitesini değerlendirmede YBMD ve katarakt hastalarında karşılaştırmalı olarak NEI-VF 25 anketinin iç tutarlılığını ve güvenilirliğini belirlemeye çalışmışlar ve sonuç olarak, ileri düzey YBMD hastalarında GBSF, GBRG, GBBB skorlarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmamızın bulgusunu desteklemektedir.

0-6 aydır görme kaybı bulunan hastaların GG, YA, UA, GBSF, GBRG, RG, PG puanı ve TP da, 1-5 yıl, 5 yıldan eski veya doğuştan görme kaybı olanlardan daha yüksek ($p<0.05$) bulundu (Tablo 6.3.10)

Behçet hastalığı süresi, Behçet'e bağlı üveit süresi, Behçet şiddet puanlaması ve yapısal komplikasyon varlığına göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin alt ölçek skorları ve Görsel Eşdeğerlik Skalası değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Yani belirtilen bu parametreler bu hasta grubunda görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinde fark yaratmamıştır (Savar 2009).

Görme kaybı 0-6 ay olanların daha uzun süre görme kaybı olanlara göre GBYK'nin daha yüksek olması bu hasta grubunda göz hastalıkları tanısının daha yeni konulmuş olması ve görme derecesinin daha az etkilenebileceğini düşündürmektedir.

İyi gören gözünde normal görme yeteneğine sahip olanların GA ve AK alt ölçekleri dışında tüm alt ölçek puanlarının TP da çeşitli derecelerde görme kaybı olan diğer hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.3.11).

Katarakt, YBMD, düşük görme keskinliği olan ve katarakt cerrahisi geçirmiş olan 4 grup hasta üzerinde görme keskinliği ile NEI-VFQ-25 puanlarının arasındaki ilişkinin incelendiği, 5 yıllık zaman diliminde 4077 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; her iki gözünde görme kaybı olan hastaların her iki gözünde de normal görme olan veya tek gözünde görme kaybı olan hastalara göre GBYK belirgin olarak düşük bulunmuştur (Clemons et al 2003). Bu da çalışmamızla uyum göstermektedir.

Glokomatöz görme alanı defekti olan 147 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların iyi gören gözünde görme alanı defekti arttıkça NEI-VFQ-25 ve SF-36, Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa formu puanlarında doğru orantılı olarak kötüleşme saptanmıştır (Gutierrez 1997). Görme alanı da görme fonksiyonlarını ölçen yöntemlerden biri olduğu için bu alandaki kayıp yaşam kalitesini düşüreceği tahmin edilmektedir.

Deramo ve arkadaşlarının (2003) 51 üveit hastası üzerinde yaptığı çalışma da NEI-VFQ-25'in tüm alt ölçek puanları normal referans grubuna göre belirgin olarak düşük bulunmuştur. NEI-VFQ-25 alt ölçek skorları ile iyi gören gözün görme keskinliği, sistemik ilaç kullanımı ve hastaların genel sağlık algıları arasında güçlü korelasyon saptanmıştır. Tutulum olan gözdeki görme keskinliği ile alt ölçekler arasında korelasyon saptanmamıştır. VCM-1 adlı başka bir GBYK ölçeği ve SF-

36'nın birlikte üveitli hastalarda kullanıldığı bir çalışmada ise görme keskinliği düştükçe VCM-1 anketinde görmeyle ilgili yanıtların da bozulduğu ve bunun SF-36 Mental Sağlık ve Fiziksel Fonksiyon puanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Mangione 2001). Görme keskinliği daha iyi olan gözlere göre NEI-VFQ-25 alt ölçek ile Görsel Eşdeğerlik Skalası puan değerlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada NEI-VFQ-25 GG, YA, UA, GBSF, GBRK, RG, PG, TP ortalamaları ve Görsel Eşdeğerlik Skalası değerlerinde anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Görme keskinliği arttıkça NEI-VFQ-25 alt ölçek ve Görsel Eşdeğerlik Skalası puanlarının anlamlı olarak arttığı anlaşılmıştır (Savar 2009).

Bayraktar'ın (2008) çalışmada hastaların operasyon öncesi Snellen eşeline göre en iyi düzeltilmiş görme keskinliklerine göre 3 grupta incelenmiş olup; 1. Grup görmesi 0.2 ve altında olanlar, 2. Grup 0.3-0.5 görmesi olanlar ve 3. Grup görmesi 0.6 ve üstünde olanlardan oluşturmaktadır. Bu grupların ameliyat öncesi ve sonrası puan ortalamaları hesaplanmış, bütün gruplarda operasyon sonrası puan ortalamasında anlamlı artış olduğu görülmüştür. Operasyon sonrası artmış görme keskinliği düzeyinin GBYK'ni olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Literatürdeki çalışmalarda iyi gören gözün görme keskinliğini değerlendirmenin kişinin yaşam kalitesini değerlendirmede anlamlı bir ölçüt olduğu görülmektedir

Araştırmaya katılan hastalarda kötü gören gözün görme keskinliklerine göre karşılaştırma yapıldığında GS ve AK alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerde anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo. 6.3.12).

Benzer şekilde Savar'ın (2009) çalışmasında da GK daha kötü olan gözlere göre YA, UA, GBSF, alt ölçeğinde anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu alt ölçeklerin puanlarının GK arttıkça anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir, fakat bu farkın iyi gören gözde görme kaybı derecesi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı (Tablo 6.3.11) şeklindeki sonuç kadar belirgin bir anlam taşımadığı görüldü.

Literatürde az gören kişinin tanımlanmasında iyi gören gözün GK'nin baz alınması gerektiği belirtilmektedir (Aydın, Bayraktar 2007). Yukarıdaki bulgular bu açıdan değerlendirildiğinde, bireyin GBYK'nin ölçülmesinde iyi gören gözün GK derecesinin kötü gören gözün GK derecesinin belirlenmesinden daha anlamlı bir ölçüt olduğu sonucuna varıldı.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşıldı:

- Hastaların NEI-VFQ 25 alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının 38.77 ± 76.64 arasında değiştiği TP ortalamasının ise 56.72 ± 21.59 olduğu ve araştırma kapsamında; görme kaybı bireylerin görmeye bağlı yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (H0) hipotezi doğrulandı.
- Kadın hastaların erkek hastalara göre ve ev hanımlarının emeklilere göre GBYK'nin daha düşük olduğu görüldü.
- 50 yaş ve altındaki hastaların GS ve GG alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamasının ileri yaştakilere göre daha yüksek olduğu; ileri yaşın bu alt boyutları açısından YK'ni olumsuz etkilediği saptandı.
- Lisans mezunu olmanın GBYK'ni olumlu olarak; okur-yazar olmamanın ise olumsuz olarak etkilediği görüldü.
- Gelir düzeyinin çok kötü olmasının hastaların GBYK'ni olumsuz yönde etkilediği bulundu.
- İlave kronik hastalıklara sahip olmanın GBYK'ni düşürdüğü belirlendi.
- Sadece ön segment hastalığı olanların GBYK'nin ön ve arka segment hastalıklarından her ikisine de sahip olanlardan yüksek olduğu görüldü.
- Görme kaybı süresi arttıkça GBYK'nin azaldığı bulundu.
- Kötü gören gözün GK derecesinin GBYK'ni çeşitli boyutlarda etkilediği görüldü.
- İyi gören gözün GK derecesi azaldıkça GBYK'nin belirgin olarak azaldığı ve GBYK'nin değerlendirilmesinde anlamlı bir ölçüt olduğu tespit edildi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Görme kaybı olan bireylerin görmeye bağlı yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi,
- Görme kaybı süresinin ve derecesinin artmasına bağlı olarak yaşam kalitesinin azalabileceği göz önünde bulundurularak göz hastalarının erken dönemde teşhis ve tedavisine yönelik önlemlerin alınması, göz hastalıklarına yönelik tarama programlarının uygulanması,
- Görme kaybı ve kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin yeni araştırmalar yapılarak irdelenmesi,

- Görme kaybı olan bireylerin görme durumlarına göre yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması, gereksinimlerin belirlenmesi ve bu yönde düzenlemelerin yapılması ve eğitim programlarının hazırlanması,
- Görme kaybı olan hastaların bakımının uygun yaşam modeli doğrultusunda hemşirelik süreci ile gerçekleştirilmesi, böylece bireyselleştirilmiş bakımın niteliğinin artırılması,
- Görme kaybı olanlara yönelik yaşamlarını kolaylaştıracak maddi yardım, araç-gereçlerin sağlanması, kullanımında ve yardımcı dernekler konusunda bilgi ve destek için sürekli işbirliğinin sağlanması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Aban D. (2010). Proliferatif Diabetik Retinopatili Olguların Vitreus ve Serum Adipokin Düzeylerinin Luminex Yöntemi ile Değerlendirilmesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. B Eldem, Prof. Dr. S Kadayıfçılar).
2. Akyol A. (1993). Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3):71-75.
3. Akarsu S. (2010). Bilateral Alt Ekstremitte Amputosyanlarında Yaşam Kalitesi. G.A.T.A. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. A S Göktepe).
4. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. (2006). Eskişehir mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28(2):81-89.
5. Aydın P, Bayraktar MZ. (2007). Pratisyen Hekimler İçin Göz Hastalıkları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara. s.51-121.
6. Aydın P, Akova AY. (2001). Temel Göz Hastalıkları . Güneş kitapevi. Ankara 2001.
7. Baş AB (1993). Türkiye’de ve dünyada körlüğün nedenleri ve alınması gereken önlemler. *Özel Eğitim Dergisi*, 1(3):48-51.
8. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. (2005). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesi ölçütleri. *Romatizma*, 20(1):55-63.
9. Bayraktar ŞC. (2008). Senil Kataraktı Olan Hastalarda Operasyon Öncesi ve Sonrası Görme İşlevi Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N Gözüm).
10. Beauchamp GR, Felius J, Stager DR, Beauchamp CL. (2005). The utility of strabismus in adults. *Trans Am Ophthalmol Soc*, 103:164-171.
11. Bilir N, Aslan D. (2003). Körlük; 21. yüzyılın önemli bir halk sağlığı sorunu, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 13(2):19-24.
12. Brown GC. (1999). Vision and quality of life. *Trans Am Ophthalmol Soc*, 97:473-511.
13. Brown GC, Brown MM, Sharma S, Stein JD, Roth Z, Campanella J, Beauchamp GR. (2005). The burden of age-related macular degeneration: A value-based medicine analysis. *Trans Am Ophthalmol Soc*, 103:173-184.

14. Bengisu Ü. (1998). Göz Hastalıkları. 4. Baskı, Palme Yayınevi, Ankara, s:1.
15. Birol L. (2004). Hemşirelik Süreci. 6. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir.
16. Ceyhan D. (2006). Az Gören Hastalarda Binokülarite ve Binokülaritenin Okuma İşlevi Üzerine Etkisi. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. A M İdil).
17. Clemons ET, Chew EY, Bressler SB, McBee W. (2003). National Eye Institute Visual Function Questionnaire in the age-related eye disease study (AREDS). *Arch Ophthalmol*, 121(2): 211-217.
18. Çelik O. (2008). Glokom Hastalarında Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. G Çingil).
19. Çetin H. (2004). Pratik Göz Hastalıkları. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Bursa, s.51-121.
20. Demirhan H. (2009). Az Gören Yaşlı Bireylerde Hareketlilik ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. E Akı).
21. Deramo VA, Cox TA, Syed AB, Lee PP, Fekrat S. (2003). Vision-related quality of life in people with central retinal vein occlusion using the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire, *Arch Ophthalmol*, 121(9):1297-1302.
22. Dilek F. (2008). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. T. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Ünsal).
23. Ehrlich R, Harris A, Kheradiya NS, Winston DM, Thomas AC, Wirostko B. (2008). Age-related macular degeneration and the aging eye. *Clinical Interventions in aging*, 3(3):473-482.
24. Ertör A. (2006). Kataraktlı Hastalardan Operasyon Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. F Sipahioğlu).
25. Esteban JJ, Martínez MS, Navalón PG, Serrano OP, Patiño JR, Purón ME, Martínez-Vizcaíno V. (2008). Visual impairment and quality of life: Gender differences in the elderly in Cuenca, Spain, *Qual Life Res*, 17(1):37-45.

26. Faye EE. (2000). Poor Vision. In: *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*. Eds: Evans JG, Williams TF, Michel J-P, Beattie BL, Wilcock GK, 2nd ed, Oxford University Press, Oxford, p.881-893.
27. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4):336-342.
28. Forrester JV, Dick AD, McMenamin PG, Lee WR. (2002). The Eye: Basic Science in Practice. 2th, Saunder, London, p.1-87, 223-262.
29. Ganz PA. (1994). Quality of life and the patient with cancer. Individual and policy implications. *Cancer*, 74(Suppl 4):1445-1452.
30. Glenda AM. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1):32-38.
31. Gutierrez P, Wilson R, Johnson C, Gordon M, Cioffi G, Ritch R, Sherwood M, Meng K, Mangione C. (1997). Influence of glaucomatous visual field loss on health related quality of life. *Arch Ophthalmol*, 115(6):777-784.
32. Güven N. (2010). Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. B Yürügen).
33. İyigün E, Bayer A, Taştan S, Demiralp M, Açikel C. (2010). Validity and reliability study for the NEI-VFQ-39 scale in chronic ophthalmic diseases Turkish version. *Acta Ophthalmol*, 88(4):115-119.
34. Kamış Ü, Zengin N, Öztürk BT, Özkağmıcı A, Kılınç AF. (2006). Katarakt cerrahisinin görme fonksiyonu ve yaşam kalitesine etkisi. *Glo-Kat*, 1:127-132.
35. Kanski JJ. (2001). Klinik Oftalmoloji. 4.Baskı, Çeviren: Orağlı KM, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul p. 439-443.
36. Karadağ MF. (2008). Heidelberg Retinal Tomografi Rostock Kornea Modülü İle Keratokonusta Morfolojik Kornea Değişikliklerinin İncelenmesi. Y.Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Van, (Danışman Prof. Dr. Adnan ÇINAL).
37. Klein R, Moss S, Klein B, Gutierrez P, Mangione P. (2001). The NEI-VFQ-25 in people with long term type 1 diabetes mellitus: The wisconsin epidemiologic study of Diabetic Retinopathy. *Arch Ophthalmol*, 119(5): 733-740.

38. Knudtson Md, Klein BE, Klein R, Cruickshanks KJ, Lee KE. Age related disease, quality of life, and functional activity. *Arch Ophthalmol*,123(6):807-814.
39. Küçükdeveci A. (2005). Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51(2):23-29.
40. Küçüköner M. (2005). Görme üzerine bir inceleme. *A. Ü. Güzel Sanatlar Fakültesi Dergisi*, 18(8):31-34. [Elektronik Dergi],
<http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/gsfid/issue/view/248/showToc>.
41. Lewis S, İselin SA. (2002). A Comparision of the independent linig skills of primary students with visual impairments and their sighted pers: A pilot study. *Journal of visual impairment & blindness*, 96(5):335-344.
42. LoBindo-Wood G, Williams L, Wood RP, Shaw B. (1997). Impact of liver transplention on quality of life: A longitudinal perspective. *Aplied Nursing Research*, 10(1):27-32.
43. Lundqvist B, Mönestam E. (2008). Gender-related differences in cataract surgery outcome: A 5-year follow-up. *Acta Ophthalmol*, 86(5):543-548.
44. Mangione CM, Berry S, Spritzer K, Janz NK, Klein R, Owsley C, Lee PP. (1998). Identifying the Content Area for the 51-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *Arch Ophthalmol*, 116(2): 227-233.
45. Mangione CM, Lee PP, Gutierrez PR, Spritzer K, Berry S, Hays RD. (2001). Development of the 25-Item National Eye Institute visual function questionnaire. *Arch Ophthalmol*, 119(7):1050-1058.
46. Müezzinoğlu T. (2005). Yaşam kalitesi. *Üronkoloji Bülteni*, 1:25-129.
47. Noyan A. (1998). Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji. 10. Baskı. Meteksan Yayınevi, Ankara, s.4-423-463.
48. Oğurel T. (2010). Diyabetik Retinopatili Gözlerde Katarakt Ameliyatı Sonunda Ön Kamaraya Deksametazon Verilmesinin Makula Ödemi Üzerine Etkisi. K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, (Danışman: Doç. Dr. K Örnek).
49. Okka B. (2007). Göz protezlerinin tarihçesi. *S. Ü. Diş Hek Fak Dergisi*, 16:60-67.
50. Okumuş S. (2007). Endemik Bölgedeki Trahomun Kitlesel Tedavisinde %1'lik Topikal Pomad Tetrasiklin'e Alternatif Tek Doz Oral Azitromisin'in Etkinliğinin

Karşılaştırılması. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. K Güngör).

51. Owsley C, McGwin G, Sloane ME, Stalvey BT, Wells J. (2001). Timed instrumental activities of daily living tasks: Relationship to visual function in older adults. *Optometry and vision science*, 78(5):350-359.
52. Özlü Cİ. (2008). Görme Engellilerde Optik Yolakların Difüzyon Tensör Manyetik Rezonans Görüntüleme ile Değerlendirilmesi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Gaziantep, (Danışman Yrd. Doç. Dr. A Y Öner).
53. Özçetin H. (2004). Pratik Göz Hastalıkları. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Bursa, s. 2-91.
54. Quillen, DA. (1999). Common causes of vision loss in elderly patients. *The American Family of Physicians*, July, 60(1):99-108.
55. Roper N, Logan W, Tierney A. (1996). The Elements of Nursing: *A Model For Nursing Based on a Model Living*. 4th ed, Churchill Living Stone Publish, Newyork.
56. Sarıgöl Y. (2008). Karaciğer Transplasyonu Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Dicle).
57. Savar F. (2009). Üveiti Olan Behçet Hastalarında NEI-VFQ-25 ve SF-36 Anketleri ile Görme ve Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. S Önal).
58. Savcı C. (2007). Parkinson Hastalarında Sağlıklı İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Şendir).
59. Sekuler R, Sekuler AB. (2000). Visual Perception and Cognition. In: *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*. Eds: Evans JG, Williams TF, Michel J-P, Beattie BL, Wilcock GK, 2nd ed, Oxford: Oxford University Press, p.874-880.
60. Sherwood MB, Garcia-Siekavizza A, Meltzer MI, Hebert A, Burns AF. (1998). Glaucoma's impact on quality of life and its relation to clinical indicators. A pilot study. *Ophthalmology*, 105(3):561-566.
61. Schwartz SH. (2004). Visual Perception A Clinical Orientation. 3th, McGraw-Hill, New York, p.3-22, 225-236.

62. Soytürk M, Eğrilmez S. (2010). Görme Keskinliği ve Ölçümü. İçinde: Optik Refraksiyon Rehabilitasyon Temel Bilgiler, Ed: Tamçelik N, Galenos Yayınevi, İstanbul, s.177-192
63. T.C. Resmi Gazete. Özürlüler Kanunu ve İlgili Mevzuat 16 Temmuz 2006. Sayı: 26230, Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, Ankara.
64. Telatar TG, Özcebe H. (2004). Geriatrik yaşam kalitesi, yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3):162-165.
65. Temiz K. (2010). Görme Engellilerde Ruhsal Belirtilerin, Yaşam Doyumunun ve Stresle Baş Etme Tarzlarının Araştırılması. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Malatya, (Danışman: Prof. Dr. S Ünal).
66. Toprak AB, Eser E, Güler C, Baser FE, Mayali H. (2005). Cross-validation of the Turkish version of the 25-Item National Eye Institute visual functioning questionnaire (NEI-VFQ 25). *Ophthalmic Epidemiology*, 12(4)259–269.
67. Tümay M. (2010). Retinitis Pigmentosa’da Serbest Radikallerin Rolü. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Doç. Dr. R Hatungil).
68. Watson GR. (2001). Low vision in the geriatric population: Rehabilitation and management. *The American Geriatrics Society*, 49(3)-317-330.
69. Weale RA. (2000). The Eye and Senescence. In: *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*. Eds: Evans, JG, Williams, TF, Michel J-P, Beattie, BL and Wilcock, GK, 2nd ed. Oxford University Press, Oxford, p.863-873.
70. Woffsohn JS, Cochrane AL. (2000). Design of the low vision quality-of-life questionnaire (LVQOL) and measuring the outcomes of low-vision rehabilitation. *Am J Ophthalmol*, 130(6):793-802.
71. Yardım H. (2009). Primer Pars Plana Vitrektomi Uygulanan Retina Dekolmanlı Olgularda Sonucu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. G. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H D Demir).
72. Yıldız T. (2009). Yüz Bölgesinde Uygulana Estetik Ve Rekonstrüktif Cerrahinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman Prof. Dr. D Şelimen).
73. Zhang C, Hua T, Li G, Tang C, Sun Q, Zhou P. (2008). Visual function declines during normal aging. *Current Science*, 95(11):1544-1.

9. EKLER

Ek-1

HASTA TANILAMA FORMU

1. Cinsiyetiniz
 Kadın Erkek
2. Yaşınız.....
3. Eğitim düzeyiniz
 Okur-yazar değil Okur- yazar
 İlkokul mezunu Lise
 Lisans
4. Medeni durumunuz
 Bekar Evli Diğer.....
5. Kiminle yaşıyorsunuz
 Yalnız
 Aile
 Diğer.....
6. Mesleğiniz
 Memur Serbest meslek
 İşçi İşsiz
 Emekli Diğer.....
 Ev Hanımı
7. Size göre gelir durumunuz nasıldır?
 Çok kötü Kötü Orta İyi
8. Sağlık sigortalı olma durumunuz
 SGK
 Yeşil kart
 Özel sigorta
 Yok
9. Mevcut bulunan göz hastalığı ya da hastalıkları
 Ön segment hastalıkları.....
 Arka segment hastalıkları.....

10. Düzeltilmiş en iyi görme keskinliği

(Snellen eşeli): Sağ göz:.....

Sol göz:.....

11. Görme kaybı şikayetiniz ne zamandan beri mevcut?

- 0-6 ay
- 6 ay-1 yıl
- 1-5 yıl
- 5 yıldan daha önce

12. Var olan diğer sağlık sorunları nelerdir nelerdir?

- Yüksek tansiyon
- Şeker hastalığı
- Kalp hastalığı
- Solunum sistemi hastalığı
- Romatizmal hastalıklar
- Diğer.....

Ek-2

NEI-VFQ-25 SORULU GÖRME İŞLEVİ ANKETİ

1. BÖLÜM - GENEL SAĞLIK VE GÖRME

1. Genel olarak, tüm sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

- Mükemmel1
Çok iyi.....2
İyi.....3
Orta.....4
Kötü.....5

2. Şu anda her iki gözünüzle baktığımızda, 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 iyi.....2
İyi.....3
Orta.....4
Kötü.....5

3. Ne sıklıkla görmeniz ile ilgili endişe duyuyorsunuz?

- Hiç bir zaman.....1
Nadiren.....2
Bazen.....3
Çoğu zaman4
Her zaman?5

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

- Hiç1
Hafif.....2
Orta.....3
Şiddetli, veya.....4
Çok şiddetli.....5

2. BÖLÜM - FAALİYETLERLE İLGİLİ ZORLUKLAR

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
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 zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
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 zor.....3
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 zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

15. Şu anda, arada bir de olsa hiç araba kullanıyor musunuz?

- Evet1 *Soru 15c'ye gidiniz*
Hayır2

15a. EĞER HAYIR İSE: Hiç mi araba kullanmadınız yoksa araba kullanmayı mı bıraktınız?

- Hiç kullanmadım1 *3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz*
Bıraktım2

15b. EĞER ARABA KULLANMAYI BIRAKTIYSANIZ: Bırakışınız, temelde görmenize mi, başka nedenlere mi yoksa hem görmenize hem başka nedenlere mi bağlıydı?

- Temelde görmeme bağlı1 *3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz*
Temelde başka nedenlere bağlı2 *3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz*
Hem görme hem başka nedenlere bağlı3 *3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz*

15c. EĞER ŞU ANDA ARABA KULLANIYORSANIZ: Alıştığımız yerlerde gündüz araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4

16. Geceleri araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

3. BÖLÜM - GÖRME SORUNLARININ SONUÇLARI

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
17. <u>Görmeniz nedeniyle, hedeflediğinizden daha azını mı başarıyorsunuz?</u>	1	2	3	4	5
18. <u>Görmeniz nedeniyle iş ya da başka etkinlik için harcayabileceğiniz süre daha mı az?</u>	1	2	3	4	5
19. <u>Gözlerinizde veya çevresindeki ağrı ya da rahatsızlık hissi, örneğin, yanma, kaşınma, veya ağrı, sizi yapmak istediğinizden, ne kadar alıkoymuyor?</u>	1	2	3	4	5

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Kararsızım	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
20. <u>Görmem nedeniyle, çoğu zaman evden dışarı çıkamıyorum</u>	1	2	3	4	5
21. <u>Görmem nedeniyle, çoğu zaman kendimi sınırlı hissediyorum</u> ...	1	2	3	4	5
22. <u>Görmem nedeniyle, yaptığım işlere daha az hakim olabiliyorum</u> ...	1	2	3	4	5

23. Görmem nedeniyle,
başka insanların
söylediklerine daha fazla
bel bağlamak
zorundayım... 1 2 3 4 5

24. Görmem nedeniyle,
başkalarının
yardıma çok fazla
ihtiyaç duyuyorum..... 1 2 3 4 5

25. Görmem nedeniyle,
kendimi ya da başkalarını
utandıracak şeyler
yapmaktan
endişe duyuyorum... 1 2 3 4 5

Seçmeli İlave Sorular Eki

ALT-ÖLÇEK: GENEL SAĞLIK

A1. Sıfırın ölüm kadar kötü ve 10'nun mümkün olan en iyi sağlık durumu olduğu bir ölçekte genel sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(En kötü) (En iyi)

ALT-ÖLÇEK: GENEL GÖRME

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(En kötü) (En iyi)

ALT-ÖLÇEK: YAKIN GÖRME

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

Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

ALT ÖLÇEK: UZAK GÖRME

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

ALT-ÖLÇEK: SOSYAL FONKSİYON

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

- Hiç zor değil1
Biraz zor2
Orta derecede zor.....3
Çok zor4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

ALT-ÖLÇEK: ARABA KULLANMA

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

ALT-ÖLÇEK: ROL KISITLANMASI

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

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Görmeniz nedeniyle, başkalarından <u>daha fazla mı yardım alıyorsunuz?</u>	1	2	3	4	5
b. Görmeniz nedeniyle, yapabileceğiniz işlerin çeşitleri <u>azalıyor mu?</u>	1	2	3	4	5

ALT ÖLÇEKLER: ESENLİK/SIKINTI ve BAĞIMLILIK

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Kararsızım	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
A12. Görmem nedeniyle, sıklıkla aşırı huzursuzum	1	2	3	4	5
A13. Görmem nedeniyle, <u>evimden dışarı</u> <u>yalnız başıma</u> çıkamıyorum	1	2	3	4	5



MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar
Ön Değerlendirme Komisyonu

Sayı :
Konu : M.Ü.Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Raporu

İstanbul, 28 10/2010

Sayın Yrd. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

65 protokol nolu "Görme Kaybı Olan Bireylerde Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli projeniz Enstitümüzün ön değerlendirme komisyonunda incelenmiş ve araştırmanın Komisyonumuzun ön değerlendirme kriterlerine uygunluğuna karar verilmiştir.

Doç. Dr. Ümit ŞEHİRLİ
Komisyon Başkanı

Öğrenci: Gül DEMİREL

Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampusu
34688 Üsküdar İSTANBUL

0 (216) 414 44 23
0 (216) 414 44 23/12 (Faks)

saglikogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Prof. Dr. Reşat Nuri Belger Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmanın adı: "Görme Kaybı Olan Bireylerde Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi"
Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Gül DEMİREL

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d) Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç: 03.03.2011 / Bitiş: 03.06.2011

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c) Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d) Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f) Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

03.03.2011

Adı-Soyadı
Gül DEMİREL



OLUR

03.03.2011

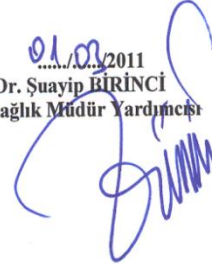
Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU
Sağlık Müdürü



01.03.2011

Dr. Şuayip BİRİNCİ
Sağlık Müdür Yardımcısı



Ek-5

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Çalışmanın Amacı ve Özeti

Bu araştırma bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın adı “Görme Kaybı Olan Bireylerde Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”dir. Genel terim olarak kullanılan “Görme Kaybı” görme işlevinin tüm (körlük) veya kısmi (az görme) kaybını da içeren bir tanımdır ve görme özürülük veya işlevsel görme kaybını da içerir. Çeşitli sebeplerden dolayı olan görme duyusunun kaybı insan yaşamın her yönden etkilemektedir. Görme kaybı kişinin yaşam kalitesin etkilemektedir. Bu çalışma da görme kaybının görme ilişkili yaşam kalitesine etkisini araştırılacaktır. Bu araştırma ancak gönüllü olursanız sizin üzerinizde yapılacaktır. Bu amaçla size iki adet anket uygulanıp size en uygun cevapları vermeniz istenecektir. Eğer kabul etmezseniz hiçbir ceza uygulaması yoktur. Çalışma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmayı kabul etmiş ya da etmemiş olmanız ve kabul ettikten sonra istediğiniz zaman buna son vermeniz, almanız gereken tedaviyi ve bakımı hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu araştırma sizin için hiçbir rahatsızlık ve risk içermemektedir. Bu araştırmaya katıldığınız takdirde tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yapılacak vaka sunumlarında isminiz kullanılarak sunum yapılmayacaktır. Çalışma sonucu hakkında isterseniz bilgi verilecektir.

Çalışmaya verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

Hem. Gül DEMİREL

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek-6

HASTA ONAM FORMU

Projenin

Adı:GörmeKaybıOlanBireylerdeGörmeyeBağlıYaşamKalitesininDeğerlendirilmesi

Ben, (gönüllünün adı).....araştırma hakkında verilmesi gereken hasta bilgilendirme formunu okudum katılmam istenen çalışma kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı soyadı:

Gönüllünün Yakınının Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Adresi:

Tarih:

Telefon numarası:

Tarih:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GÜL	Soyadı	DEMİREL
Doğum Yeri	Kurucaşile/BARTIN	Doğum Tarihi	1985
Uyruğu	T.C.	Tel	0212 251 59 00 (114)
E-mail	guldemirel85@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-	-
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	2008 - 2011
Lisans	Abant İzzet Baysal Üniversitesi	2003 - 2007
Lise	Kurucaşile Çok Programlı Lisesi	1999 - 2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Kalite Birimi Hemşiresi	Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	Aralık 2010- Halen
2.	Servis Hemşiresi	Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	Mart 2009- Aralık 2010
3.	Genel Yoğun Bakım Hemşiresi	Taksim Alman Hastanesi	Temmuz 2007-Nisan 2008

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

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
-	55	-	-	-	-	-	-	-

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71,684	73,788	66,232

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MİCROSOFT OFFİCE(word, excel, power point)	Çok İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin