

PAPER DETAILS

TITLE: Az gören yasli bireylerde günlük yasam aktiviteleri ve yasam kalitesinin mobilite ile iliskisi:
karsilastirmali bir çalisma

AUTHORS:

PAGES: 36-43

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/138081>

Az gören yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin mobilite ile ilişkisi: karşılaştırmalı bir çalışma

Hatice DEMİRHAN, Esra AKI

[Demirhan H, Aki S. Az gören yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin mobilite ile ilişkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. Fizyoter Rehabil. 2012;23(1):36-43. *Relationship between activities of daily living, quality of life and mobility in older people with low vision: A comparative study.*]

Research Article

H Demirhan

Hacettepe University,
Faculty of Health Sciences,
Department of Physiotherapy and
Rehabilitation, Ankara, Türkiye
PT, MSc

E Aki

Hacettepe University,
Faculty of Health Sciences,
Department of Ergotherapy,
Ankara, Türkiye
PT, PhD, Prof

Address correspondence to:

Prof. Dr. Esra Aki
Hacettepe University,
Faculty of Health Sciences
Department of Ergotherapy,
06100 Sımanpazarı,
Ankara, Türkiye
E-mail: esraaki@hacettepe.edu.tr

Amaç: Bu çalışma az gören yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin mobilite ile ilişkisini incelemek amacıyla planlandı. **Yöntem:** Çalışmaya 60 yaş ve üzeri 30 az gören ve 30 normal görmeye sahip yaşlı birey katıldı. Çalışmaya dahil edilen bireylerin mobilite fonksiyonu Tinetti'nin Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi ile, günlük yaşam aktiviteleri Günlük Görme Aktiviteleri Skalası ile, yaşam kaliteleri Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Anketi ile değerlendirildi. **Sonuçlar:** Normal görmeye sahip bireylerin mobilite fonksiyonları, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi az görenlerle karşılaştırıldığında normal görenlerin lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Az gören bireylerde mobilite fonksiyonu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$). **Tartışma:** Çalışmamızın sonucunda, görme kaybının yaşlı bireylerin mobilite, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesini etkilediği belirlendi. Az görenlerde mobilite fonksiyonundaki azalmanın yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği görüldü.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Az görme; Mobilite limitasyonu, Yaşam kalitesi; Günlük yaşam aktiviteleri.

Relationship between activities of daily living, quality of life and mobility in older people with low vision: a comparative study

Purpose: This study was planned to investigate the relationship between activities of daily living, quality of life and mobility among older people with low vision. **Methods:** Thirty low vision, 30 healthy people aged 60 and over were included in this study. Tinetti's Performance Oriented Mobility Assessment, Activities of Daily Vision Scale and Short Form-36 were used to evaluate mobility functions, activities of daily living and quality of life, respectively. **Results:** A statistically significant difference was found between low vision patients and normally sighted people with respect to the results of mobility functions, activities of daily living and quality of life in the favor of normally sighted people ($p<0.05$). There was a statistically significant correlation between mobility and activities of daily living and quality of life in older people with low vision ($p<0.05$). **Conclusion:** Our test results suggest that visual loss may affect mobility functions, activities of daily living and quality of life in older people. The decline of mobility functions has a negative effect on activities of daily living and quality of life in older people with low vision.

Key words: Aged, Vision; low, Mobility limitation, Quality of life, Activities of daily living.

Günümüzde yaşlı nüfusta az görme giderek artan bir problemdir.¹ Katarakt, yaşla ilişkili makula dejenerasyonu, diyabetik retinopati ve glokom gibi nedenler yaşlılıkta az görmeye sebep olmaktadır.^{2,3} Yaşlı bireylerde görme problemi nedeniyle en çok okuma ve yazma becerileri, kişisel bakım, yemek hazırlama, ev işleri, finansal işler, mobilite, alış-veriş ve toplumsal etkileşimi içeren günlük yaşam aktivitelerinde güçlük yaşanmaktadır. Bu bireyler günlük aktivitelerinde bağımsız olsalar bile bunu hata yapmadan ve güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için oldukça fazla fiziksel ve mental güç harcamaları gerekmektedir.^{3,4}

Mobilite, bağımsız yaşamın önemli bir ögesi olup fonksiyonelliğin, sosyal etkileşimin ve günlük yaşam aktivitelerinin temelini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda ilerleyen yaş ve görme problemleri ile birlikte mobilite başarısında azalma olduğu saptanmıştır.^{5,6,7} Mobilite güçlükleri yaşlı bireylerin günlük aktivitelerini kısıtlamakta ve zamanlarının çoğunu evde geçirmelerine neden olmaktadır. Bu durum sekonder olarak kronik hastalıkların gelişmesine ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır.^{3,8}

Sağlıklı yaşlanma ile mobilite becerilerinin etkilendiği yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir. Ancak az görme çevreden alınan duyuşsal uyaranları kısıtlayabilmektedir. Yaşlanma ile birlikte görülen doğal seyrin yanı sıra görme kaybının mobilite fonksiyonlarını ne derecede etkilediğini ve günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitesi üzerindeki rolünü inceleyen çalışmaların yetersizliği dikkat çekmektedir. Ayrıca az gören yaşlı bireylerin mobilite fonksiyonlarını az görme problemi olmayan yaşlılarıyla karşılaştıran yeterli çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma az gören yaşlı bireylerin mobilite becerilerini değerlendirip yaşlıları normal gören bireylerle karşılaştırarak mobilite etkilenimini saptamak ve olası değişikliklerin günlük yaşam aktivitesini ve yaşam kalitesini ne ölçüde etkilediğini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Az gören yaşlı bireylerde mobilite fonksiyonu

ile ilişkili faktörleri incelemek amacıyla planlanan çalışmamıza Yaşam Evi'nde kalan 60 yaşlı birey dahil edildi. Bireylerin 30'u normal görmeye sahip iken (kontrol grubu) 30'u az gören yaşlı bireylerden (çalışma grubu) oluşmaktaydı. Az gören bireylerin görme problemleri tıbbi dosyalarından öğrenildi. Çalışmaya iletişim kurulabilen ve sağlık durumu stabil olan, 60 yaş ve üzeri bireyler alındı. Bireylere çalışma hakkında bilgi verildi ve her iki grup için aydınlatılmış onam formu onaylatıldı. Çalışmamıza Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 14.05.2009 tarihli LUT 09/40-45 karar numarası ile izin alındı. Bireylerin doğum tarihi, cinsiyet, son bir yıl içerisindeki düşme öyküsü ve görme ile ilgili tanılarını içeren demografik ve tanımlayıcı veriler kaydedildi.

Yaşlı bireylerde yürüme ve denge durumu, standardize edilmiş, geçerli ve güvenilir bir test olan Tinetti Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi (TPDMD) ile değerlendirildi. TPDMD denge ve yürüme olmak üzere iki ayrı bölümden oluşmaktadır. TPDMD toplam puanı en düşük 0, en yüksek 35'tir. Toplam puanların yüksek oluşu mobilite fonksiyonun iyi olduğunu ifade etmektedir.^{9,10}

Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Günlük Görme Aktiviteleri Skalası (GGAS) kullanıldı. GGAS katarakt hastalarının görsel fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla 1992 yılında Mangione ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra yalnızca katarakt değil, az görmeye yol açan başka hastalıklara sahip bireylerin günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla da kullanılmıştır.^{11,12} GGAS günlük yaşamda sıklıkla kullanılan 20 aktiviteyi uzak görme, yakın görme, kamaştırıcı ışığa bağlı yetersizlik, gece ve gündüz araba kullanımı olmak üzere beş ayrı kategoride değerlendirmektedir. Skaladaki sorular bireyin aktiviteyi yapıp yapmadığını, yapabiliyorsa yaşadığı güçlüğü şiddetini, yapmıyorsa bunun görme probleminden kaynaklanıp kaynaklanmadığı sorgulamaktadır. Güçlüğü şiddeti; "5" hiç zorluk yok, "4" çok az zorluk, "3" orta derecede zorluk, "2" oldukça fazla zorluk şeklinde

tanımlanmaktadır. Aktiviteyi görme problemi nedeniyle gerçekleştirip gerçekleştirmediği “evet” ve “hayır” şeklinde değerlendirilmektedir. Her kategori için alınan puan dönüştürülerek 0-100 arasında ortalama puan elde edilir.^{13,14}

Bireylerin yaşam kalitesi Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirildi. Ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının belirlenmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere Ware ve Sherbourn tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir.¹⁵ SF-36 yaşam kalitesi ölçeği çok çeşitli hastalık ve durumun etkilerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda SF-36 ölçeğinin yaşlılarda da kullanılmasının uygun olduğu gösterilmiştir.¹⁶ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyigit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁷

SF-36, sağlığın hem pozitif hem de, negatif yönlerini ölçmeye olanak tanıyan, sağlığı sekiz boyut, 36 soruda değerlendiren standardize, geçerli ve güvenilir ($r=0,93$) bir ölçektir. Test yaşam kalitesini fiziksel fonksiyon, sosyal, fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel), mental sağlık, enerji, ağrı ve genel sağlık yönleri ile değerlendirmektedir. SF-36 ölçeğinde elde edilen puanlar orijinal kodlama şemasına göre yeniden puanlanır. Her alt bölüm için alınan puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçekte yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir.^{15,16}

İstatistiksel analiz:

Veri analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versiyon 17 istatistik programı kullanıldı. Olguların test sonuçları normal dağılım özelliği göstermediği için nonparametrik testler seçildi. Az gören ve normal görmeye sahip olguların test sonuçları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Grupların mobilite fonksiyonu ile yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri sonuçları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizinde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlendi.

SONUÇLAR

Çalışma grubundaki 30 bireyin yaş ortalaması $72,23\pm 8,54$ yıl, kontrol grubunu oluşturan 30 bireyin yaş ortalaması ise $69,43\pm 5,97$ yıl olduğu bulundu. Grupların yaş ortalamalarının homojen olduğu görüldü ($p=0,195$, $z=-1,296$). Bireylerin cinsiyet dağılımına bakıldığında, çalışma grubunu oluşturan 30 bireyden 12'si (% 40) erkek, 18'i (% 60) kadın, kontrol grubundaki 30 bireyden 9'u (% 30) erkek, 21'i (% 70) kadındı. Az gören yaşlı bireylerin az görmeye neden olan hastalıkları incelendiğinde en çok katarakt, en az ise hipertansif retinopati olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Bireylerin tanılarına göre dağılımı (N=30).

	n	%
Katarakt	19	63,3
Makula dejenerasyonu	5	16,7
Diyabetik retinopati	3	10
Glokom	2	6,7
Hipertansif retinopati	1	3,3
Toplam	30	100

Çalışma grubundaki olgular mobilite testinin denge bölümünden $17,73\pm 3,91$ puan, yürüme bölümünden $6,60\pm 1,61$ puan, toplam testten $24,33\pm 5,10$ puan aldılar. Kontrol grubundaki olguların ise denge testinden $22,83\pm 3,67$ puan, yürüme testinden $8,10\pm 1,49$ puan, toplam testten ise $30,93\pm 5,07$ puan aldığı belirlendi. Kontrol grubunun mobilite becerilerinde çalışma grubunda daha iyi performans gösterdiği görüldü ($p<0,05$) (Tablo 2).

Çalışma grubundaki bireylerin ortalama GGAS puanı $34,18\pm 20,4$ iken kontrol grubundaki bireylerin ortalama puanı $90,19\pm 9,03$ 'tü.

Grupların günlük görme aktiviteleri toplam puanları ve araba kullanma, uzak, yakın görme değerlendirme sonuçları karşılaştırıldığında kontrol grubunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görüldü ($p<0,05$) (Tablo 2).

Çalışma grubunun GGAS uzak görme puanları ile mobilite değerlendirmesinin denge ($r=0,402$, $p<0,05$), yürüme ($r=0,466$, $p<0,01$) ve toplam puanları ($r=0,466$, $p<0,01$) arasında anlamlı bir ilişki bulundu. GGAS toplam puanı ve mobilite değerlendirmesinin yürüme ($r=0,406$, $p<0,05$) ve toplam puanları ($r=0,387$, $p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görüldü. Kontrol grubunun GGAS değerleri ile TPDMD değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Grupların GGAS ve TPDMD değerleri arasındaki ilişki Tablo 4'te gösterildi.

Bireylerin SF-36 yaşam kalitesi anketinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde anketin tüm parametrelerinde çalışma grubunun kontrol grubundan daha düşük ortalamalara sahip olduğu görüldü. Grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel anlamlılık açısından karşılaştırıldı.

ağrı fonksiyonu dışında diğer tüm parametrelerde kontrol grubu lehine anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 2).

Çalışma grubunun fiziksel fonksiyon değerleri ile denge, yürüme ve toplam mobilite değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,560$, $r=0,620$, $r=0,607$, $p<0,05$). Enerji fonksiyonu ile denge ($r=0,465$, $p<0,05$) ve toplam ($r=0,486$, $p<0,05$) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Ağrı fonksiyonu ile TPDMD denge ($r=0,556$, $p<0,05$), yürüme ($r=0,497$, $p<0,05$) ve toplam ($r=0,577$, $p<0,05$) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 3). Kontrol grubunun SF-36 fiziksel fonksiyon değerleri ile TPDMD denge değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,365$, $p<0,05$). SF-36'nın diğer alt testleri ile mobilite fonksiyonu arasında bir ilişki bulunmadı (Tablo 4).

Tablo 2. Bireylerin Tinetti Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi (TPDMD), Günlük Görme Aktiviteleri Skalası (GGAS) ve Yaşam Kalitesi Anketi (SF-36) sonuçları.

	Çalışma grubu (N=30) X±SD	Kontrol grubu (N=30) X±SD	z	p
TPDMD				
Denge (puan)	17,73±3,91	22,83±3,67	-4,709	<0,001
Yürüme (puan)	6,60±1,61	8,10±1,49	-4,134	<0,001
Toplam (puan)	24,33±5,10	30,93±5,07	-4,569	<0,001
GGAS				
Araba kullanma (puan)	27,87±25,85	92,44±15,96	-6,332	<0,001
Uzak görme (puan)	39,57±22,79	91,24±10,84	-6,171	<0,001
Yakın görme (puan)	32,88±20,38	88,97±13,96	-6,112	<0,001
Keskin görme (puan)	20,94±24,59	92,28±11,34	-6,511	<0,001
Toplam (puan)	34,18±20,4	90,19±9,03	-6,242	<0,001
Yaşam Kalitesi (SF-36)				
Fiziksel fonksiyon	38,50±31,18	54,83±24,99	-2,156	0,031*
Sosyal fonksiyon	60,74±29,72	85,18±20,28	-3,465	0,001*
Fiziksel rol kısıtlaması	25,00±41,00	46,66±45,83	-2,188	0,029*
Emosyonel rol kısıtl.	38,88±44,70	69,99±37,49	-2,863	0,004*
Mental sağlık	51,06±22,25	65,6±16,79	-2,825	0,005*
Enerji	31,66±18,81	49,66±15,75	-3,459	0,001*
Ağrı	51,48±30,11	61,48±31,52	-1,185	0,236
Genel sağlık	49,00±19,71	62,16±19,94	-2,545	0,011*

*p<0,05. SF-36: Kısa Form-36.

Tablo 3. Çalışma grubunun günlük yaşam aktiviteleri (Günlük Görme Aktiviteleri Skalası, GGAS) ve yaşam kalitesi (SF-36) ile mobilite sonuçları (Tinetti Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi, TPDMD) arasındaki ilişki.

	Tinetti Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi					
	Denge		Yürüme		Toplam	
	r	p	r	p	r	p
GGAS						
Araba kullanma	0,189	0,318	0,180	0,342	0,220	0,243
Uzak görme	0,402	0,028*	0,466	0,009*	0,466	0,009*
Yakın görme	0,205	0,277	0,283	0,130	0,257	0,170
Keskin görme	0,175	0,355	0,225	0,232	0,189	0,316
Toplam	0,325	0,080	0,406	0,026*	0,387	0,035*
SF-36						
Fiziksel fonksiyon	0,560	0,001*	0,620	0,000*	0,607	0,001*
Sosyal fonksiyon	0,249	0,184	0,009	0,964	0,226	0,230
Fiziksel rol kısıtlaması	0,117	0,540	0,031	0,870	0,107	0,575
Emosyonel rol kısıtl.	0,115	0,546	0,020	0,918	0,110	0,563
Mental sağlık	0,297	0,111	0,152	0,421	0,299	0,109
Enerji	0,465	0,010*	0,298	0,109	0,486	0,006*
Ağrı	0,556	0,001*	0,497	0,005*	0,577	0,001*
Genel sağlık	0,251	0,181	0,226	0,229	0,273	0,144
* p<0,05.						

Tablo 4. Kontrol grubunun günlük yaşam aktiviteleri (Günlük Görme Aktiviteleri Skalası, GGAS) ve yaşam kalitesi (SF-36) ile mobilite sonuçları (Tinetti Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi, TPDMD) arasındaki ilişki.

	Tinetti Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi					
	Denge		Yürüme		Toplam	
	r	p	r	p	r	p
GGAS						
Araba kullanma	0,305	0,101	0,298	0,109	0,276	0,140
Uzak görme	0,166	0,380	0,216	0,253	0,150	0,429
Yakın görme	0,130	0,492	-0,038	0,843	0,099	0,604
Keskin görme	0,123	0,518	-0,077	0,688	0,075	0,694
Toplam	0,292	0,117	0,159	0,401	0,254	0,175
SF-36						
Fiziksel fonksiyon	0,365	0,047*	0,321	0,083	0,336	0,070
Sosyal fonksiyon	-0,026	0,893	-0,217	0,249	-0,100	0,598
Fiziksel rol kısıtlaması	0,100	0,600	0,187	0,323	0,106	0,578
Emosyonel rol kısıtl.	-0,266	0,155	-0,213	0,260	-0,298	0,110
Mental sağlık	-0,220	0,243	-0,297	0,110	-0,269	0,150
Enerji	0,124	0,512	0,098	0,608	0,129	0,498
Ağrı	0,195	0,301	0,103	0,587	0,170	0,370
Genel sağlık	-0,219	0,244	-0,122	0,522	-0,234	0,213
* p<0,05.						

TARTIŞMA

Az gören yaşlı bireylerin araba kullanma, uzak görme, yakın görme ve keskin görme becerilerini içeren günlük yaşam aktivitelerindeki başarı düzeylerinin görme kaybına bağlı olarak azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca uzak görmedeki kaybın mobilite fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediği gözlenmiştir. Yaşlı bireylerde meydana gelen görme kaybının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiştir. Yaşam kalitesinin özellikle fiziksel fonksiyon, enerji ve ağrı komponentlerinin mobilite ile ilişkisi olduğu, fonksiyon kısıtlılığı, enerji azlığı ve ağrı oluşumunun mobiliteyi olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Ağrının fonksiyon kısıtlılığı ve mobilite azlığına neden olduğu, mobilitedeki azalmanın da ağrı ve enerji azlığına neden olduğu düşünülmektedir.

Mobilite fonksiyonunu değerlendiren pek çok teknik geliştirilmiştir. Laboratuvar ortamında yapılan ölçümler, anketler, gözleme dayalı testler, kalp hızı, kan basıncı, enerji harcaması gibi fiziksel özelliklerin ölçülmesi bunlardan bazılarıdır.¹⁸

Turano ve arkadaşları, 47 glokomlu ve 47 normal görmeye sahip benzer yaşta iki gruptan oluşan toplam 94 yaşlı birey üzerinde yaptıkları çalışmada düzenlenmiş iki ayrı yürüme yolunda zamanı ve mobilite problemlerini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda glokomun mobilite performansındaki azalma ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Çalışmada özellikle yürüme hızında belirgin azalma bulunmuştur.¹⁹

Bibby ve arkadaşları, 30 az gören yaşlı bireyde yaptıkları çalışmada görme keskinliği, görme alanı ve tarama yeteneği gibi görme fonksiyonlarının hasta merkezli Bağımsız Mobilite Anketi ile değerlendirilen mobilite performansı ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.²⁰

Çalışmamızda olguların mobilite fonksiyonları Tinetti Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda normal görme fonksiyonuna sahip bireylerin mobilite becerilerinin az gören bireylerden daha iyi olduğu, özellikle testin ayakta denge gerektiren

aktivitelerinde, yürüme hızında ve yürürken dönme becerilerindeki az gören bireylerin daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. Görme fonksiyonundaki yetersizliğin mobilite fonksiyonlarını doğrudan etkilediği saptanmıştır.

Görme kaybı giyinme, yemek yeme, yazı yazma, mobilite, iletişim gibi pek çok günlük yaşam aktivitesinde zorluk yaratarak kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.^{3,21}

Owsley ve arkadaşları, göz kliniğine giden 56-86 yaşları arasındaki 342 bireyin görme keskinliği, görme alanı ve kontrast duyarlılığı içeren görme fonksiyonları ile yardımcı günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda görme fonksiyonundaki azalmaya bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme süresinin uzadığı bulunmuştur.²¹

Freeman ve arkadaşları, glokomlu kişilerde mobilite becerilerinin azaldığı belirtmişlerdir. 67 bilateral, 69 unilateral glokomu bulunan ve 982 sağlıklı kişi üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada yaşam kalitesini GGAS ile değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda unilateral glokomu bulunan ve sağlıklı bireyler GGAS skorlarından yakın sonuçlar alırken bilateral glokomu bulunan bireylerin GGAS skorlarının daha düşük olduğu görülmüştür.¹²

Literatürde az gören yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ve mobilite becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki başarı düzeyleri ile mobilite becerilerinin ilişkili olduğu görülmüştür. Özellikle günlük yaşamda uzak görme becerisini gerektiren aktiviteler ile denge ve yürüme arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, bireyin yaşadığı çevreden alınan doğru ve yeterli görsel uyaranların düzeltme reaksiyonlarını etkileme yolu ile mobilite fonksiyonlarını düzenlediğini düşündürmektedir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik pek çok anket bulunmaktadır. Ancak bu anketlerin pek çoğu tanıya özel geliştirilmiştir.^{23,24} Çalışmamızda farklı görme problemlerine sahip yaşlı bireyler bulunması nedeniyle tek bir tanı grubuna odaklanmayan, yaşlı popülasyona uygun, yaygın kullanıma sahip, yüksek geçerlilik ve güvenilirliği olan SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi

kullanılmıştır.

Metz, yaşlı bireylerde genel olarak yaşam kalitesi ve mobilite arasındaki önemli ilişki olduğunu vurgulamıştır.³ Scott ve arkadaşları, 150 az gören bireyde SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi'ni kullanarak yaptıkları çalışmada fiziksel fonksiyon ve rol kısıtlamaları puanlarının benzer yaşta sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.²⁴

Broman ve arkadaşları, 4761 kişi üzerinde yaptıkları geniş spektrumlu çalışmalarında görme kaybının yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilediğini saptamışlardır.²⁵

Williams ve arkadaşları, 63-91 yaş aralığında yaşa bağlı makula dejenerasyonu bulunan 86 bireyde, görme bozukluğu olmayan aynı yaşta bireylere göre daha fazla emosyonel stres bozukluğu yaşandığını göstermişlerdir.²⁶

Bugüne kadar yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve çeşitli parametreler ile ilişkisinin incelenmesine rağmen az gören yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin mobilite ile ilişkisi üzerinde yeterince durulmadığı görülmektedir. Çalışmamızda az gören ve sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi değerlendirildiğinde ağrı dışında, diğer sağlık kategorilerinde az gören bireylerin yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca normal görmeye sahip bireylerde yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon parametresinin, az gören bireylerde ise fiziksel fonksiyon, enerji ve ağrı parametrelerinin mobilite fonksiyonları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar az gören yaşlı bireylerde fiziksel fonksiyonlardaki kısıtlılığın yaşam kalitesini ve mobilitedeki bağımsızlığı etkilediğini ortaya koymaktadır. Genel fiziksel fonksiyonların ve mobilite becerilerinin artırılması ile az gören yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Az gören yaşlı bireylerin görme kısıtlılığı nedeniyle duydukları bağımsız hareket kaygıları sonucu günlük aktiviteleri emniyetle gerçekleştirebilmek için daha fazla efor sarf ettikleri düşünülmektedir. Enerji harcamasına bağlı olarak yorgunluk sonucu oluşabilecek ağrının da mobilitayı kısıtladığı kanaatine varılmıştır. Az görenlerde yorgunluk ve kaygı düzeyini değerlendiren daha kapsamlı çalışmaların yapılması, mobilitedeki bağımsızlıklarını artıracak

tedavi yaklaşımlarına yön göstermede yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda kullanılan Günlük Görme Aktiviteleri Skalası ve Tinetti Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi ölçeklerinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliklerinin bulunmaması önemli bir limitasyondur. Ayrıca çalışmaya dahil edilen bireylerde az görmeye yol açan hastalıkların çeşitli olması çalışmanın bir diğer limitasyonu olarak görülmüştür. Benzer tanılara sahip bireyler ile yapılacak değerlendirmeler hastalığa özgü sonuçları daha kesin olarak verebileceğinden tanıya odaklı çalışma grupları ile sonuçların güncellenmesi düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Berger S, Porell F. The association between low vision and function. *J Aging Health*. 2008;20:504-525.
2. Metz DH. Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy* 2000; 7(2): 149-152.
3. Warren M, Lampert J. Considerations in addressing the daily living needs in older persons with low vision. *Ophthalmol Clin North Am*. 1994;7:187-195.
4. Donat H, Belhan ZB, Yıldırım Y. Relation of history of falls among the elderly to functional ability measurements. *Fizyoter Rehabil*. 2003;14:115-120.
5. Patel VK, Coppin AK, Manini TM, et al. Midlife Physical Activity and Mobility in Older Age: The InCHIANTI study. *Am J Prev Med*. 2006; 31: 217-224.
6. Yücel H, Kayhan H. Huzurevinde ve evde çok amaçlı aktivite eğitiminin geriatrik depresyona etkisi. *Fizyoter Rehabil*. 2008;19:74-78.
7. Hassan SE, Lovie-Kitchin JE, Woods RL. Vision and Mobility Performance of Subjects with Age-Related Macular Degenerasyon. *Optom Vis Sci*. 2002;79:697-707.
8. Walsh K, Roberts J, Bennett G. Mobility in old age. *Geroontology*. 1999;16:69-74.
9. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119-126.
10. Lin M, Hwang H, Hu M, et al. Psychometric comparisons of the timed up and go, one-leg stand, functional reach and Tinetti balance measures in community-dwelling older people. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1343-1348.
11. Kamel HK, Guro-Razuman S, Shareeff M. The activities of daily vision scale: a useful tool to assess fall risk in older adults with vision impairment. *J Am*

- Geriatr Soc. 2000;48:1474-1477.
12. Freeman EE, Muñoz B, West SK, et al. Glaucoma and quality of life: The Salisbury Eye Evaluation. *Ophthalmology*. 2008;115:233-238.
 13. Mangione CM, Phillips RS, Seddon JM, et al. Development of the "Activities of Daily Vision Scale". A measure of visual functional status. *Med Care*. 1992;30:1111-1126.
 14. Pesudovs K, Garamendi E, Keeves JP, et al. The activities of daily vision scale for cataract surgery outcomes: re-evaluating validity with Rasch analysis. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2003;44:2892-2899.
 15. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-483.
 16. Hayes V, Morris J, Wolfe C, et al. The SF-36 Health Survey Questionnaire: is it suitable for use with older adults? *Age Aging*. 1995;24:120-125.
 17. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, et al. Kısa Form-36 (KF- 36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:102-106.
 18. Bussmann BJ, Stam HJ. Techniques for measurement and assessment of mobility in rehabilitation: a theoretical approach. *Clin Rehabil*. 1998;12:455-464.
 19. Turano KA, Rubin GS, Quigley HA. Mobility performance in glaucoma. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1999;40:2803-2809.
 20. Bibby SA, Maslin RE, McIlraith R, et al. Vision and self-reported mobility performance in patients with low vision. *Clin Exp Optom*. 2007;90:115-123.
 21. Owsley C, McGwin G Jr, Sloane ME, et al. Timed instrumental activities of daily living tasks: relationship to visual function in older adults. *Optom Vis Sci*. 2001;78:350-359.
 22. Stelmack J. Quality of life of low vision patients and outcomes of low vision rehabilitation. *Optom Vis Sci*. 2001;78:335-342.
 23. Gothwal VK, Wright TA, Lamoureux EL, et al. Rasch Analysis of the quality of life and vision function questionnaire. *Optom Vis Sci*. 2009;86:836-844.
 24. Scott IU, Smiddy WE, Schiffman J, et al. Quality of life of low-vision patients and the impact of low-vision services. *Am J Ophthalmol*. 1999;128:54-62.
 25. Broman AT, Munoz B, Rodriguez J, et al. The impact of visual impairment and eye disease on vision-related quality of life in a Mexican-American population: proyecto VER. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2002;43:3393-3398.
 26. Williams RA, Brody BL, Thomas RG, et al. The psychosocial impact of macular degeneration. *Arch Ophthalmol*. 1998;116:514-520.