

Dr. Şule ARSLAN
Dr. Yeşim GÖKÇE-KUTSAL

**YAŞLILARDA
ÖZÜRLÜLÜĞÜN
DEĞERLENDİRİMİNE
YÖNELİK ÇOK MERKEZLİ
EPİDEMİYOLOJİK ÇALIŞMA**

**A MULTICENTER EPIDEMIOLOGICAL
STUDY to EVALUATE
the PREVALANCE of DISABILITY**

in the ELDERLY

ÖZET

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve toplumdaki yaşlı bireylerin sayısındaki artış ile özürli yaşlı bireylerin sayısında bir artış olmaktadır. Özürli yaşlı bireylerin sayısındaki artış sadece popülasyonun yaşlanmasına değil, aynı zamanda medikal teknolojinin kullanımına da bağlıdır. Özürlilik dinamik bir kavramdır ve değişik özürlilik tiplerini içerir. Özürlilik buzdağı tanımı, içerdiği problemlerin boyutunu oldukça iyi yansıtmaktadır. Zaman içerisinde özürlilik dalgalanmalar gösterebilir; bir kez özürli olan, her zaman için özürli olacaktır anlamına gelmez. Günlük yaşam aktiviteleri en önemli özürlilik göstergelerinden biri olmuştur. Çok merkezli bu çalışmanın amacı, 60 yaş üzerindeki bireylerde; özürlilik, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi, yardımcı cihaz kullanımı ve kronik hastalıkların prevalansını saptamaktır. Çalışmamızda özürlilik oranı kadınlarda %33.2, erkeklerde %29.4 idi. Çalışmaya katılan grupta ömür boyu özürlilik bildiren bireylerin oranı ise %4.1 idi. Günlük yaşam aktivitelerinde kadınların %46.8'i, erkeklerin %71.8'i bağımsız olduğunu bildirdi. En sık karşılaşılan kronik hastalıklar; hipertansiyon, osteoartrit, kalp yetmezliği ve diabetes mellitus idi. Bu ülkemizde yaşlılarda özürlilik düzeyinin saptanmasına yönelik olarak yürütülen ilk çalışmadır. Yaşlılarda ortaya çıkan özürlilik genellikle hafif ve orta derecededir ve özürliliğün önlenmesi klinisyenler için başlıca hedef olmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Özürlilik, Günlük yaşam aktiviteleri, Yardımcı cihazlar, Yaşlılık, Kronik hastalıklar.

ABSTRACT

With rapid increases in life expectancy and in the number of older people in the population, the number of older people living with disability is increasing. The number of disabled elderly persons is increasing not only as a function of population aging but also because of the increased use medical technology. The concept of disability is very dynamic and involves different types of disabilities. The term "Iceberg of disability" well illustrates the magnitude of the problems involved. Disability can also fluctuate over time, "once disabled" is not the same as "always disabled". Activities of daily living have become one of the important indicator of disability. The aim of this multicenter study is to evaluate the prevalence of disability, dependence in activities of daily living, assistive device use and chronic diseases in subjects aged over 60 years. Self reported disability rate was 33.2% among women and %29.4 among men. Life time disability rate was 4.1% in this study population. In activities of daily living, 46.8% of the women and 71.8% of the men were independent. Most common chronic diseases were hypertension, osteoarthritis, heart failure and diabetes mellitus. This is the first study aimed to evaluate the disability among elderly people in our country. Disability in the elderly is usually mild or moderate and to prevent disability must be the major concern of the clinicians.

Key Words: Disability, Activities of daily living, Assistive devices, Eldery, Chronic diseases.

Geliş: 16.09.1999

Kabul: 01.10.1999

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı-ANKARA

İletişim: Dr. Şule ARSLAN: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı-Sıhhiye/ANKARA
Tel: (0312) 309 41 42 Fax: (0312) 310 57 69

GİRİŞ

Son yüzyıl içerisinde kaydedilen en önemli gelişmelerden birisi beklenen yaşam süresinde artış olmasıdır. 20. yüzyılda gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam süresi ortalama 47 yıldan, 75 yılın üzerine çıkmıştır (13). Doğum hızındaki azalma, kronik hastalıkların tedavisinde kaydedilen gelişmeler ile birlikte bu artış toplumun demografik özelliklerinde önemli değişikliklere neden olmuştur. 2050 yılında Avrupa nüfusunun yaş ortalamasının 60 yıla ulaşması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde de benzer bir süreç yaşanmaktadır.

1987 yılında toplanan "WHO Expert Committee on Health of Elderly"; 2000 yılında, dünyadaki 600 milyon yaşlı insanın (60 yaş ve üzerindeki bireylerin) yaklaşık 2/3'sinin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağını bildirmiştir. 1960 yılında bu oran %50 olarak saptanmıştır (13). Yaşlı popülasyondaki artışın özellikle Asya'da belirgin olması beklenmektedir. Çoğu gelişmekte olan ülkede 60 yaş ve üzeri popülasyon, genel nüfusa göre daha hızlı artmaktadır. 1980-2020 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde toplam nüfusun %95 oranında artması beklenirken, yaşlı popülasyonda bu artış oram %240 olarak hesaplanmıştır. Yaşlanan popülasyonun gereksinimleri de değişmektedir.

Beklenen yaşam süresi ve mortalite hızları, sağlık durumunu tanımlamada tek başlarına yeterli değildir. Kronik hastalıkların tedavisinde gerçekleştirilen gelişmeler özür- lülük ve özür- lülük sürecine olan ilgiyi artırmıştır (8), Dünya Sağlık Örgütü'nün ortaya koyduğu "International Classification of Impairment, Disability and Handicaps-! CIDH" sınıflama sistemi hastalıkları dört temel düzeyde incelemektedir;

- patoloji: vücutta herhangi bir organ veya sistemde meydana gelen harabiyet (örn. serebral infarkt)
- bozukluk: patolojinin doğrudan sonuçları olan belirti ve bulguları kapsar (örn. ekstremitelerde güçsüzlük)
- özür- lülük: bozukluğa bağlı olarak kişinin normal kabul edilen işlev ve davranışlarındaki kaybını tanımlar (örn. bağımsız yürüyememe)
- engellilik: kişi için normal kabul edilen sosyal rolü engelleyen dezavantajların varlığıdır (örn tekerlekli sandalye kullanan bireylerin merdiven çıkamaması)

ICIDH özür- lülük sürecinin tanımlanmasında kullanılan bir modeldir (8), Son 30 yılda "hayatta kalmak"tan çok bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme yetisi, iyi olma hali ve yaşam kalitesinin ön plana çıktığı teorik modeller öne sürülmüştür (8). Rehabilitasyon tıbbının ana hedeflerinden biri özür- lülüğü önlemek ve mevcut özü- rü azaltmaktır. Özür- lülük sadece rehabilitasyonla uğraşan hekimleri değil; aynı zamanda eğitim, ulaşım, yerleşim ve diğer mesleki alanlarda faaliyet gösteren kişileri ve her şeyden önemlisi özür- lü bireyi de ilgilendiren bir durumdur. Özür- lülüğün mevcut en güvenilir göstergeleri günlük yaşam aktiviteleri ve hareket edebilme yetiştir (8).

Yaşlı ve özür- lü bireyin toplumun bir parçası olduğu yadsınmaz. Bu bireyler de toplumun her üyesi gibi; sağlık, iş, sosyal servislerin kullanımını gibi alanlarda gereksinim duy-

dukları desteği alabilmelidirler. Yaşlılıkta ortaya çıkan özür- lülükten korunma; bireyin sosyal katılımını ve bağımsızlığını maksimuma ulaştırmayı ve fonksiyonel kapasitede düzelme sağlamayı hedefler. Ancak koruyucu önlemlerin planlanması ve yaşlılarda özür- lülük politikalarının belirlenmesi, 2000'li yıllarda artması beklenen 60 yaş üzeri nüfusa ilgili projeksiyonların yapılabilmesi için toplumumuzdaki yaşlı bireylerle ilgili daha fazla bilgiye gereksinim vardır.

Yaşlı popülasyona sunulacak hizmetlerin planlanmasında, bu bireylerdeki özür- lülük oranının ve eşlik eden kronik hastalıkların prevalansının bilinmesi önemli rol oynar. Ülkemizde bu alanda yeterli veri olmadığı için, 60 yaş üzeri bireylerde özür- lülük oranının ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin saptanması hedeflenmiştir.

Bu amaçla, 23 ilde Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve Başbakanlık Özür- lülük İdaresi Başkanlığı'nın koordinasyonu ile Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı huzurevlerinde, 60 yaş üzeri bireylerle görüşülerek; özür- lülük varlığı, kronik hastalıklar, yardımcı cihaz kullanımını ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya 23 ilde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı Huzurevlerinde kalan 60 yaş üzeri bireyler dahil edildi. Çalışmaya katılan iller; Adana, Ağrı, Afyon, Ankara, Aydın, Balıkesir, Bolu, Diyarbakır, Edime, Eskişehir, Erzurum, Gaziantep, Hatay, Isparta, İzmir, İstanbul, Kastamonu, Kocaeli, Kütahya, Manisa, Ordu, Tekirdağ ve Uşak idi.

Huzurevlerinde kalan bireylerle yüzyüze görüşülerek; bireyin sosyodemografik özelliklerini, özür- lülük durumunu, yardımcı cihaz kullanımını, doktor tarafından tanı konmuş hastalıklarını ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyini değerlendirmeye yönelik bir form dolduruldu. Tedavileri esnasında, ilaçlarını huzurevindeki hemşirelerden alan bireylerin tıbbi öyküleri mevcut sağlık kayıtlarından öğrenildi. Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde kullanılan indeks, enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini (alışveriş, temizlik, ulaşım, ve yemek pişirme) ve Katz günlük yaşam aktiviteleri indeksini (yıkama, giyinme, tuvalete gitme, transfer, kontinans ve beslenme) içeriyordu (10) (Ek 1). Bireylerin yardımcı cihazları kullanım süreleri ve protez kullanıp kullanmadıkları da soruldu.

İstatistiksel analizde SPSS 6.1 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra; özür- lülük ve kronik hastalıklar, yardımcı cihaz kullanımına değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanıldı. Kronik hastalık varlığı ile özür- lülük arası ilişki regresyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 1944 birey (1196 erkek, 748 kadın) katıldı. Bu bireylerin %61.5'i erkek, %38.5'i kadındı. Kadınlarda yaş ortalaması 77.1±8.7 yıl (60-108), erkeklerde ise 74.3±7.7 (62-99) yıl olarak saptandı. Bireylerin cinsiyete göre eğitim durumu Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo-1: Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumunun cinsiyete göre dağılımı

| | Kadın | | Erkek | |
|------------------|-------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % |
| Okur-yazar değil | 404 | 54.0 | 470 | 39.3 |
| Okur-yazar | 97 | 13.0 | 265 | 22.2 |
| İlkokul | 134 | 17.9 | 274 | 22.9 |
| Ortaokul | 61 | 8.2 | 85 | 7.1 |
| Lise | 36 | 4.8 | 66 | 5.5 |
| Yüksekokul | 13 | 1.7 | 29 | 2.4 |
| Bilinmeyen | 3 | 0.4 | 7 | 0.6 |
| Toplam | 745 | 100.0 | 1189 | 100.0 |

Çalışmaya katılan bireylerin %0.5'i (2 kadın, 7 erkek) protez kullanıyordu .

Doğuştan ortopedik özürü bireylerin yaş ortalaması 71.6±7.9, doğuştan nörolojik özürü bireylerin yaş ortalaması 76.3±9.6, doğuştan görme özürü bireylerin yaş ortalaması 72.4±9.3, doğuştan zihinsel özürü bireylerin yaş ortalaması 68.9±5.6 yıl olarak saptandı. Kazanılmış ortopedik özürü olan bireylerde özürü süreleri ortalama 125.3 ay bulundu. Bu süre nörolojik özürü olan bireylerde 101.5 ay idi.

Kadınlarda %33.2, erkeklerde %29.7 oranında özürü bildirildi. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05). Çalışmaya katılan bireylerde özürü tiplerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Tablo 3 ise bildirilen özürü tiplerinin illere göre dağılımını vermektedir. Okuryazar olmayan bireylerde özürü oranı ortaokul ve lise mezunlarına kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu

Tablo-2: Çalışmaya katılan bireylerde özürü tiplerinin dağılımı

| Özürü tipi | Doğuştan | | Kazanılmış | |
|-------------|----------|-----|------------|-----|
| | n | % | n | % |
| Ortopedik | 21 | 1.1 | 185 | 9.6 |
| Görme | 19 | 1.0 | 161 | 8.3 |
| İşitme | 12 | 0.6 | 115 | 5.9 |
| Nörolojik | 3 | 0.2 | 107 | 5.5 |
| Zihinsel | 12 | 0.6 | 23 | 1.2 |
| Dil-konuşma | 12 | 0.6 | 40 | 2.1 |

(p>0.05).

İllere göre özürü oranı değerlendirildiğinde Diyarbakır'da özürü oranının en yüksek olduğu saptandı.

Bu ilde bildirilen özürü oram %72.7 idi. Tüm iller göz önüne alındığında, çalışmaya katılan bireyler için özürü oranı %31.1 bulundu.

Günlük yaşam aktiviteleri değerlendirildiğinde kadınların %46.8'inin, erkeklerin %71.8'inin ev dışında bağımsız olduklarını bildirdikleri saptandı. Kadınların %21.5'i ev içinde bağımsız hareket edebildiğini bildirirken, %4.0'u yatağa bağımlı olduğunu bildirmişti. Erkeklerde ise yatağa bağımlı olduğunu bildiren kişilerin oranı %1.8 idi.

Çalışma grubunda en sık karşılaşılan hastalıklar hipertansiyon, osteoartrit, kalp yetmezliği ve diabetes mellitusdu.

Kronik hastalıkların görülme sıklığının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Özürü ile kronik hastalık-

lar arasındaki ilişki incelendiğinde; diabetes mellitus, osteoartrit, serebrovasküler olay (SVO) ve osteoporoz öyküsü olan bireylerde özürü arttığı saptandı (p<0.05). SVO öyküsü olan bireylerde özürü olma riskinin 3 kat arttığı saptandı. Bu risk osteoporozu olanlarda 2.3, diabetes mellitus ve osteoartrit öyküsü olanlarda ise yaklaşık

Tablo-4: Kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı

| | Kadın | | Erkek | |
|-------------------------|-------|------|-------|------|
| | n | % | n | % |
| Diabetes mellitus | 93 | 12.8 | 97 | 8.5 |
| Hipertansiyon | 270 | 36.9 | 302 | 26.7 |
| Koroner arter hastalığı | 51 | 7.0 | 131 | 11.5 |
| Kalp yetmezliği | 108 | 14.8 | 149 | 13.0 |
| Osteoartrit | 214 | 29.4 | 162 | 14.5 |
| Osteoporoz | 109 | 15 | 43 | 3.8 |
| Serebrovasküler olay | 56 | 7.7 | 77 | 6.9 |

1.5 kat artmıştı. KAH hastalığı olan bireylerde özürü oranındaki artış istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05).

Kadınların ve erkeklerin en fazla kullandıkları yardımcı cihaz baston idi (Tablo 5). Kadınların %25.2'si, erkeklerin ise %29'u baston kullanıyordu. Alışveriş, ulaşım, yemek

Tablo-5: Çalışmaya katılan bireylerde yardımcı cihaz kullanım sıklığı

| Yardımcı cihazlar | Kadın | | Erkek | |
|--------------------------------|-------|------|-------|------|
| | n | % | n | % |
| Baston | 188 | 25.6 | 330 | 29.0 |
| Tripot | 4 | 0.6 | 2 | 0.2 |
| Kuadripot | 6 | 0.8 | - | - |
| Koltuk değneği | 12 | 1.7 | 21 | 1.9 |
| Walker | 20 | 2.8 | 5 | 0.4 |
| Tekerlekli sandalye | 11 | 1.5 | 9 | 0.8 |
| Transfere yardımcı cihazlar | 11 | 1.5 | 9 | 0.8 |
| Hijyen kolaylaştırıcı cihazlar | 7 | 1.0 | 5 | 0.4 |

hazırlama, yıkanma gibi günlük yaşam aktivitelerinde kadınlarda bağımlılık oranı daha yüksek bulundu (p <0.05) (Tablo 6).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmalarda özürü popülasyonun oranı %0.2 ve %20.9 arasında değişmektedir. Bu fark sadece özürü oranının farklı olmasına değil, aynı zamanda; istatistiksel değerlendirmelerdeki, tanımlardaki ve tarama için kullanılan

araçlardaki farklılıklara bağlıdır. 1975 yılında Türkiye'deki özürülerin tüm nüfusa oranı %1.5 ve kadın-erkek oranı %1.44 olarak bildirilmiştir (1). 1987'de Kanada'da yürütülen ve bakım evlerinde kalan bireylerin katıldığı bir çalışmada (Canadian Health and Activity Limitations Survey) özür-

Tablo-6: Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi

| Günlük yaşam aktiviteleri | Kadın | | | Erkek | | |
|---------------------------|------------|------------------|-----------|------------|------------------|-----------|
| | bağımsız % | kısmen bağımlı % | bağımlı % | bağımsız % | kısmen bağımlı % | bağımlı % |
| Temizlik | 5.9 | 21.8 | 18.2 | 78.2 | 13.4 | 8.4 |
| Alışveriş | 47.0 | 23.1 | 29.9 | 76.8 | 12.7 | 10.5 |
| Ulaşım | 48.5 | 23.7 | 27.8 | 76.4 | 14.1 | 9.3 |
| Yemek Hazırlama | 55.6 | 22.4 | 21.9 | 74.0 | 13.7 | 12.3 |
| Yıkama | 65.1 | 19.5 | 15.3 | 83.6 | 10.5 | 5.9 |
| Giyinme | 75.3 | 14.1 | 10.6 | 88.3 | 7.7 | 4.0 |
| Tuvalet | 83.9 | 8.2 | 7.9 | 91.4 | 5.4 | 3.0 |
| Transfer | 77.6 | 13.5 | 8.9 | 89.9 | 6.2 | 3.9 |
| Beslenme | 87.5 | 6.7 | 5.8 | 92.8 | 5.0 | 2.2 |

Tablo-3: Çalışmaya katılan merkezlere göre özürllük tiplerinin dağılımı

| Merkez | n | Özürllük tipi | Özürllük hidirmeyenler | Doğuştan özürllü olanlar | Kazanılmış özürllüğü olanlar |
|-----------|-----|-----------------|------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Adana | 93 | Ortopedik | 79 | - | 14 |
| | | Nörolojik | 85 | - | 8 |
| | | Ruhsal-duygusal | 92 | - | 1 |
| | | Zihinsel | 89 | - | 4 |
| | | Görme | 77 | - | 16 |
| | | İşitme | 87 | - | 6 |
| | | Dil-konuşma | 89 | - | 4 |
| Ağrı | 15 | Ortopedik | 13 | - | 2 |
| | | Nörolojik | 12 | - | 3 |
| | | Ruhsal-duygusal | 11 | 1 | 3 |
| | | Zihinsel | 13 | 2 | - |
| | | Görme | 3 | - | 12 |
| | | İşitme | 10 | - | 5 |
| | | Dil-konuşma | 14 | 1 | - |
| Afyon | 66 | Ortopedik | 62 | - | 4 |
| | | Nörolojik | 64 | - | 2 |
| | | Ruhsal-duygusal | 66 | - | - |
| | | Zihinsel | 65 | 1 | - |
| | | Görme | 64 | - | 2 |
| | | İşitme | 59 | 1 | 6 |
| | | Dil-konuşma | 65 | 1 | - |
| Ankara | 287 | Ortopedik | 268 | - | 19 |
| | | Nörolojik | 269 | - | 18 |
| | | Ruhsal-duygusal | 285 | - | 2 |
| | | Zihinsel | 287 | - | - |
| | | Görme | 266 | 1 | 20 |
| | | İşitme | 276 | - | 10 |
| | | Dil-konuşma | 287 | - | - |
| Aydın | 99 | Ortopedik | 95 | - | 4 |
| | | Nörolojik | 89 | - | 10 |
| | | Ruhsal-duygusal | 99 | - | - |
| | | Zihinsel | 97 | - | 2 |
| | | Görme | 93 | 3 | 3 |
| | | İşitme | 90 | 4 | 5 |
| | | Dil-konuşma | 97 | - | 2 |
| Balıkesir | 116 | Ortopedik | 103 | 3 | 10 |
| | | Nörolojik | 112 | 1 | 3 |

| | | | | | |
|------------|-----|-----------------|-----|---|----|
| | | Ruhsal-duygusal | 115 | 1 | - |
| | | Zihinsel | 116 | - | - |
| | | Görme | 113 | 1 | 2 |
| | | İşitme | 111 | - | 5 |
| | | Dil-konuşma | 111 | 1 | 4 |
| Bolu | 88 | Ortopedik | 78 | 2 | 8 |
| | | Nörolojik | 77 | - | 11 |
| | | Ruhsal-duygusal | 85 | - | 3 |
| | | Zihinsel | 87 | 1 | - |
| | | Görme | 77 | 2 | 9 |
| | | İşitme | 78 | 1 | 9 |
| | | Dil-konuşma | 85 | 2 | 1 |
| Diyarbakır | 11 | Ortopedik | 10 | 1 | - |
| | | Nörolojik | 11 | - | - |
| | | Ruhsal-duygusal | 10 | - | 1 |
| | | Zihinsel | 7 | - | 4 |
| | | Görme | 8 | - | 3 |
| | | İşitme | 9 | 1 | 1 |
| | | Dil-konuşma | 9 | 1 | 1 |
| Edirne | 96 | Ortopedik | 88 | - | 8 |
| | | Nörolojik | 91 | - | 5 |
| | | Ruhsal-duygusal | 93 | - | 3 |
| | | Zihinsel | 91 | - | 5 |
| | | Görme | 75 | - | 21 |
| | | İşitme | 83 | 1 | 12 |
| | | Dil-konuşma | 85 | - | 11 |
| Erzurum | 26 | Ortopedik | 22 | 2 | 2 |
| | | Nörolojik | 24 | - | 2 |
| | | Ruhsal-duygusal | 26 | - | - |
| | | Zihinsel | 26 | - | - |
| | | Görme | 25 | - | 1 |
| | | İşitme | 25 | - | 1 |
| | | Dil-konuşma | 26 | - | - |
| Eskişehir | 65 | Ortopedik | 55 | 1 | 9 |
| | | Nörolojik | 56 | 2 | 7 |
| | | Ruhsal-duygusal | 61 | 1 | 3 |
| | | Zihinsel | 58 | 4 | 3 |
| | | Görme | 60 | 1 | 4 |
| | | İşitme | 62 | 1 | 2 |
| | | Dil-konuşma | 63 | 1 | 1 |
| Gaziantep | 45 | Ortopedik | 39 | - | 6 |
| | | Nörolojik | 44 | - | 1 |
| | | Ruhsal-duygusal | 45 | - | - |
| | | Zihinsel | 45 | - | - |
| | | Görme | 41 | - | 4 |
| | | İşitme | 43 | - | 2 |
| | | Dil-konuşma | 43 | - | 2 |
| Hatay | 66 | Ortopedik | 56 | 1 | 9 |
| | | Nörolojik | 64 | - | 2 |
| | | Ruhsal-duygusal | 63 | - | 3 |
| | | Zihinsel | 66 | - | - |
| | | Görme | 63 | 1 | 2 |
| | | İşitme | 58 | 2 | 6 |
| | | Dil-konuşma | 57 | 2 | 7 |
| Isparta | 49 | Ortopedik | 44 | - | 5 |
| | | Nörolojik | 44 | - | 5 |
| | | Ruhsal-duygusal | 45 | 1 | 3 |
| | | Zihinsel | 49 | - | - |
| | | Görme | 44 | - | 5 |
| | | İşitme | 39 | - | 10 |
| | | Dil-konuşma | 47 | 1 | 1 |
| İstanbul | 190 | Ortopedik | 172 | 4 | 14 |

| | | | | | |
|-----------|-----|-----------------|-----|---|----|
| | | Nörolojik | 182 | - | 8 |
| | | Ruhsal-duygusal | 185 | - | 5 |
| | | Zihinsel | 187 | 1 | 2 |
| | | Görme | 180 | 1 | 9 |
| | | İşitme | 185 | - | 5 |
| | | Dil-konuşma | 188 | 2 | - |
| İzmir | 144 | Ortopedik | 133 | - | 11 |
| | | Nörolojik | 136 | - | 8 |
| | | Ruhsal-duygusal | 144 | - | - |
| | | Zihinsel | 142 | 1 | 1 |
| | | Görme | 125 | 1 | 18 |
| | | İşitme | 135 | 1 | 8 |
| | | Dil-konuşma | 141 | - | 3 |
| | | Ortopedik | 83 | 6 | 5 |
| Kastamonu | 94 | Nörolojik | 92 | - | 2 |
| | | Ruhsal-duygusal | 85 | - | 9 |
| | | Zihinsel | 94 | - | - |
| | | Görme | 78 | 3 | 13 |
| | | İşitme | 77 | - | 17 |
| | | Dil-konuşma | 94 | - | - |
| | | Ortopedik | 40 | - | 3 |
| | | Nörolojik | 42 | - | 1 |
| Kütahya | 43 | Ruhsal-duygusal | 41 | - | 2 |
| | | Zihinsel | 43 | - | - |
| | | Görme | 41 | - | 2 |
| | | İşitme | 43 | - | - |
| | | Dil-konuşma | 43 | - | - |
| | | Ortopedik | 82 | - | 9 |
| | | Nörolojik | 87 | - | 4 |
| | | Ruhsal-duygusal | 90 | - | 1 |
| Kocaeli | 91 | Zihinsel | 91 | - | - |
| | | Görme | 90 | 1 | - |
| | | İşitme | 91 | - | - |
| | | Dil-konuşma | 91 | - | - |
| | | Ortopedik | 54 | 1 | 18 |
| | | Nörolojik | 69 | - | 4 |
| | | Ruhsal-duygusal | 69 | 1 | 3 |
| | | Zihinsel | 72 | - | 1 |
| Manisa | 73 | Görme | 66 | 2 | 5 |
| | | İşitme | 71 | - | 2 |
| | | Dil-konuşma | 72 | - | 1 |
| | | Ortopedik | 55 | - | 8 |
| | | Nörolojik | 62 | - | - |
| | | Ruhsal-duygusal | 64 | - | - |
| | | Zihinsel | 64 | - | - |
| | | Görme | 58 | 1 | 5 |
| Ordu | 63 | İşitme | 61 | - | 3 |
| | | Dil-konuşma | 62 | - | 2 |
| | | Ortopedik | 47 | - | 6 |
| | | Nörolojik | 52 | - | 1 |
| | | Ruhsal-duygusal | 53 | - | - |
| | | Zihinsel | 53 | - | - |
| | | Görme | 48 | - | 5 |
| | | İşitme | 53 | - | - |
| Tekirdağ | 53 | Dil-konuşma | 53 | - | - |
| | | Ortopedik | 52 | - | 11 |
| | | Nörolojik | 61 | - | 2 |
| | | Ruhsal-duygusal | 59 | - | 4 |
| | | Zihinsel | 60 | 2 | 1 |
| | | Görme | 62 | 1 | - |
| | | İşitme | 63 | - | - |
| | | Dil-konuşma | 63 | - | - |
| Uşak | 63 | Ortopedik | 52 | - | 11 |
| | | Nörolojik | 61 | - | 2 |
| | | Ruhsal-duygusal | 59 | - | 4 |
| | | Zihinsel | 60 | 2 | 1 |
| | | Görme | 62 | 1 | - |
| | | İşitme | 63 | - | - |
| | | Dil-konuşma | 63 | - | - |

lülük oranı %13.3 bulunmuştur. Bu çalışmada 7 temel özür- lülük kategorisi tanımlanmıştır; mobilite, "agility" (çeviklik), görme, işitme, konuşma, diğer (öğrenme, duy- gusal veya psikiyatrik veya gelişme geriliği) ve bilinmeyen. (1). Bu tür bir sınıflama sunulacak hizmetlerin (ulaşım, yer- leşim, eğitim vs) planlanmasında daha uygun olacaktır. 65 yaş üzerinde tam mobiliteye sahip bireylerin %36'sı 4 yıl içerisinde mobiliteyi kaybetmektedirler (5). 65 yaş üzerinde, her 10 yılda mobilitenin azalması riski 2 kat art- maktadır (5,7)

Ülkeler arasında özür lülük alanında farklılıklar olması sadece ekonomik gelişmişliğe değil, kültürel ve sosyal fark- lılıklara da bağlıdır (8). Toplum bazlı çalışmalarda özür- lülüğe bağlı olarak; meslek, çalışma düzeyi, gelir ve evlilik durumunda bir dezavantaj olduğu saptanmıştır. Shaar ve ark'nın yaptığı bir çalışmada alt sosyal sınıflarda özür- lülüğün varlığına bağlı olarak bir seleksiyon (beklenen pozisyona ulaşamama), üst sosyal sınıflarda ise daha alt sosyal sınıflara doğru bir kayma olduğu saptanmıştır (9):

Özür lülük oranı; eğitim durumu daha alt düzeyde olan bireylerde, kadınlarda ve erkeklerde daha yaşlılarda (75 yaş ve üzeri) ve kırsal kesimlerde artmaktadır (1,5). Genel olarak ülke içinde ekonomik olarak gelişmiş bölgelerde ekonomik olarak daha az gelişmişlere kıyasla daha düşük özür lülük oranı bildirilmiştir (1).

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda; yeti kaybına özgü ve daha dar çerçeveli bir araştırma tekniği kul- lanıldığı için (bireyde körlük, sağırılık, felç olup olmadığının sorulması gibi) özür lülük oranı daha düşük bildirilebilmek- tedir (1). Gelişmiş ülkelerde fonksiyonel aktivite kısıtlılığını değerlendiren araştırma tekniklerinin kullanılması (kişisel bakım, işitme, görme, iş kapasitesinde azalma vb) nedeniyle özür lülük oram yeti kaybına özgü değerlendirmeden daha yüksek çıkmaktadır (1). Çalışmamızda bireylerin bildirdiği özür lülük oranı (ortopedik, nörolojik, görme, işitme vb) kadınlarda % 33.2, erkeklerde % 29.7 idi. Ancak günlük yaşam değerlendirildiğinde kadınların sadece %46.8' inin, erkeklerin ise % 71.8'inin ev dışında bağımsız olduklarını bildirdikleri saptandı.

Birçok kronik rahatsızlık ölümcül değildir. Orta yaşlı ve daha yaşlı kadınlarda en sık karşılaşılan rahatsızlıklar; artrit, tinnitus, işitme kaybı, kronik bel ağrısı, variköz venler, hemoroid, migren, katarakt ve görme kaybıdır (11). Koroner arter hastalığı, diabetes mellitus ve ateroskleroz ise kadın- larda en sık karşılaşılan ve fataliteyle seyreden durumlardır (3). Kronik hastalıkları olan bireylerde kısa veya uzun dönemde özür lülük ortaya çıkar (1). Kronik hastalıklar her türlü aktiviteyi etkileyebilirler; hobiler, hijyen, uyku, çalışma, yemek vs. Çalışmamızda kadınların %36.9'unun hiper- tansiyon, %29.4'ünün osteoartrit nedeniyle tedavi aldığı sap- tandı. Erkeklerde ise hipertansiyon ve osteoartrit nedeniyle tedavi alanların oranı %26.7 ve %14.5 idi.

SVO, Amerika Birleşik Devletleri'nde üçüncü sıradaki mortalite nedenidir ve özür lülük nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadır. Son yıllarda SVO insidansı azalmakla birlikte, popülasyondaki SVO

prevalansı, hayatta kalma oranının artması ve yaşlı popülasyonun artması nedeniyle artış göstermektedir (2). SVO sonrası özür lülüğün gerçek boyutunu saptamak zordur (3). Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık SVO sonrası en yüksek düzeydedir ve giderek azalır. 976 hastanın katıldığı prospektif bir çalışmada günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranı birinci hafta sonunda %58 iken altıncı ay sonunda bu oranın %6'ya indiği saptanmıştır (12). Framingham çalışmasında SVO öyküsü olan bireyler, yaş uyumlu kontroller ile kıyaslandığında, SVO sonrası bireylerin %90 oranında bir veya daha fazla özür lülük bildirdiği, kontrollerde ise bu oranın %58 olduğu bulunmuş- tur (4). Eşlik eden kronik hastalıkların varlığı SVO sonrası özür lülük oranını artırabilir. SVO sonrası özür lülük, bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yaşadığı zor- luklarla değerlendirilebilir (2). Framingham çalışmasında, günlük yaşam aktivitelerindeki düzelmenin SVO sonrası 3 ay içinde gerçekleştiği saptanmıştır (4). 60 yaş ve üzerinde- ki 349 kronik diyaliz hastası; benzer yaş, ırk ve cinsten bireylerle karşılaştırıldığında; dializ hastalarında günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (6). Çalışmamızda kadınların %7.7'sinin, erkeklerin ise %6.9'unun SVO öyküsü olduğu saptandı. SVO sonrası süre ise 1-480 ay (ortanca= 60 ay) arasında değişiyordu. SVO öyküsü olan bireylerde özür lülük riski, SVO öyküsü olmayanlara göre 3 kat artmıştı.

Günlük yaşam aktiviteleri; beslenme, tuvalet, transfer, giyinme ve yıkanma yetilerini içerir (11). Enstrümantal gün- lük yaşam aktiviteleri ise; yemek hazırlama, basit ev işlerini yapabilme, telefon kullanabilme ve alışveriş yapabilme gibi yetilerden oluşur. Günlük yaşam aktiviteleri hayatta kalmak için gereklidir, enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ise bireyin sosyokültürel ortama uyumunu sağlar. Özür lülük derecesinin ölçülmesinde standart ve en ekonomik yöntem, bireyin yaşadığı zorluklar hakkında kendisi, yakınları veya bakımını üstlenen kişiler ile konuşulması ve basit bir ordinal sistemle (kolayca, biraz zorlukla, zorlukla, imkansız gibi) yaşanan zorlukların derecesinin belirlenmesidir. Günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümantal yaşam aktiviteleri özür- lülüğü yansıtır. Çünkü bu aktiviteler bireyi toplumun bir parçası yapan özelliklerdir. Her biri bazı temel fiziksel ve mental kapasiteye dayanır (11). Çalışmamızda günlük yaşam değerlendirildiğinde kadınların %46.8'inin, erkek- lerin %71.8'inin ev dışında bağımsız olduklarını bildirdikleri saptandı. Kadınların %21.5'i ev içinde bağımsız hareket edebildiğini bildirirken, %4.0'u yatağa bağımlı olduğunu bildirmişti. Erkeklerde ise yatağa bağımlı olduğunu bildiren kişilerin oranı %1.8 idi.

Özür lülük; hospitalizasyon, özel bakım gerektirme ve ölüm gibi sonuçlara yol açmaktadır. Ayrıca bireyin mutlu- luğu ve yaşam kalitesi de özür lülük sürecinde önemli düzeyde etkilenmektedir. Bireyin yaşadığı özür lülük süreci, bireyin diğer fonksiyonların da etkileyerek bazen yeni patolojilerin ve disfonksiyonların ortaya çıkmasına neden olabilir (11). Örneğin osteoartriti olan bir birey yürüyüşünü azaltacaktır (özür lülük), bu bireyin kardiyopulmoner fonksiyonunun bozulmasına neden olur (özür lülüğün geri

besleme etkisi) ki bu da mobilitiyeyi ve sosyal aktiviteyi daha da kısıtlayacaktır (fonksiyonel yeti kaybı ve özürllülük).

Özürllülük; belirli bir aktivite için, aktivitenin gerektirdikleri ile bireyin yapabildiği arasında farklılık varsa ortaya çıkar ve birey ile çevresi arasındaki ilişkiyi yansıtır. Bireyin yetisi artırılarak veya aktivitenin gerektirdikleri azaltılarak özürllülük giderilebilir. Yaşamboyu özürllülüğün nedenleri genellikle konjenital/gelişimsel durumlar ve çocukluk çağında geçirilmiş ciddi kazaların sonucudur. Ortaya çıkan özürllülük genellikle hızlı gelişmiştir ve ağırdır. Bunun aksine hayatın geç dönemlerinde ortaya çıkan özürllülüğün en sık karşılaşılan nedeni kronik hastalıklardır (11). Bu dönemde ortaya çıkan özürllülük hafif ve orta derecededir. Başlangıçta birkaç aktivite alanını etkilerken giderek kümülatif bir şekilde artma gösterir. Yaşamın geç dönemlerinde ortaya çıkan özürllülüğün dereceli bir başlangıç göstermesi nedeniyle bireyler eski aktivite düzeylerine ulaşmak için isteklidirler ve uygulanan müdahalelere daha fazla katılım gösterirler.

Çalışmaya katılan bireylerde özürllülük oranı %31.1 idi. İllere göre özürllülük oranı incelendiğinde en yüksek özürllülük oranını Diyarbakır'da (% 72.7) saptandığı görüldü. Bu ilden çalışmaya katılan bireylerin sayısının diğer illere kıyasla az olmasının ve bu bireylerin büyük kısmının okur yazar olmamasının, özürllülük oranının daha yüksek saptanmasına neden olduğu inancındayız. Özürllülük oranı en düşük il ise %16.5 özürllülük oranı ile Kocaeli idi.

Ek-1: Huzurevlerinde yaşlılarda özürllülüğün değerlendirimine yönelik çalışmada kullanılan form örneği

YAŞLILARDA YETİ KAYBININ DEĞERLENDİRİMİ

KOD: □□□-□□

FORMUN DOLDURULDUĞU TARİH: □□/□□/□□□□

1) Adı, Soyadı:

2) Cinsiyet:

3) Doğum tarihi:

4) Adres:

5) Tel:

6) Yaşadığı yer: Huzurevi

7) Eğitim durumu

okur-yazar değil

okur yazar

ilkokul mezunu

ortaokul mezunu

lise mezunu

yüksek okul mezunu

8) Mevcut bir özrü var mı?

Hayır

Evet

Evet ise →ay.....yıldır

9) Bireyin ne tür bir özrü mevcut?

ortopedik

doğuştan

kazanılmış (travma, hastalık, cerrahi, patolojik kırık vs)

- nörolojik
 - doğuştan
 - kazanılmış (travma, hastalık, cerrahi)
- ruhsal veya duygusal
 - doğuştan
 - kazanılmış
- Dil veya konuşma
 - doğuştan
 - kazanılmış
- Görme
 - doğuştan
 - kazanılmış
- Zihinsel
 - doğuştan
 - kazanılmış
- İşitme
 - doğuştan
 - kazanılmış

10) Protez kullanıyor mu?

- hayır
- evet

10. soruya yanıt evet ise ne tür bir protez kullanıyor?

- üst ekstremité protezi
 - dirsek üstü
 - dirsek altı
- alt ekstremité protezi
 - diz üstü
 - diz altı

11) Görme kaybı var mı?

- Hayır
- Evet Evet ise →ay.....yıldır

12) İşitme kaybı var mı?

- Hayır
- Evet Evet ise →ay.....yıldır

13) İşitme cihazı kullanıyor mu?

- Hayır
- Evet Evet ise →ay.....yıldır

14) Özgeçmiş:

| | yok | var | süre |
|-------------------------------------------------------|-----|-----|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | | |ay.....yıl |
| <input type="checkbox"/> Koroner arter hastalığı | | |ay.....yıl |
| <input type="checkbox"/> Kalp yetmezliği | | |ay.....yıl |
| <input type="checkbox"/> Hipertansiyon | | |ay.....yıl |
| <input type="checkbox"/> Serebrovasküler olay | | |ay.....yıl |
| <input type="checkbox"/> Osteoartrit | | |ay.....yıl |
| <input type="checkbox"/> Romatoid artrit | | |ay.....yıl |
| <input type="checkbox"/> Diğer romatizmal hastalıklar | | |ay.....yıl |
| <input type="checkbox"/> Osteoporoz | | |ay.....yıl |

15) Birey aşağıda sayılan yardımcı cihazlardan herhangi birini kullanıyor mu? (Herhangi bir yardımcı cihazın kullanılması durumunda ne kadardır kullanıldığını ve ne için verildiğini belirtiniz)

| | hayır | evet | Süre | Kullanım amacı |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> baston | | |ay.....yıl | |
| <input type="checkbox"/> tripot | | |ay.....yıl | |
| <input type="checkbox"/> kuadripot | | |ay.....yıl | |
| <input type="checkbox"/> koltuk değneği | | |ay.....yıl | |
| <input type="checkbox"/> walker | | |ay.....yıl | |
| <input type="checkbox"/> uzanmaya yardımcı cihazlar | | |ay.....yıl | |
| <input type="checkbox"/> kişisel hijyeni kolaylaştıran cihazlar | | |ay.....yıl | |
| <input type="checkbox"/> transferlere (yataktan tekerlekli sandalyeye vb) yardımcı cihazlar | | |ay.....yıl | |
| <input type="checkbox"/> tekerlekli sandalye | | |ay.....yıl | |

16) Günlük yaşam genel olarak nasıl geçiriliyor?

- D ev dışındaki aktivitelerinde bağımlı değil
- G ev içinde bağımsız, ancak ev dışında yardıma ihtiyaç duyuyor
- D sadece ev içinde hareket edebiliyor, ev dışına çıkamıyor
- D yatağa bağımlı

17) Aşağıda sıralanan aktiviteleri yerine getirmede bireyin bağımlı olup olmadığını belirtiniz (Bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde Ek 1'i kullanınız).

| Aktiviteler | bağımsız | kısmen bağımlı | bağımlı |
|------------------|----------|----------------|---------|
| Temizlik | | | |
| Alışveriş | | | |
| Ulaşım | | | |
| Yemek hazırlama | | | |
| Yıkama | | | |
| Giyinme | | | |
| Tuvalet ihtiyacı | | | |
| Transfer | | | |
| Kontinans | | | |
| Beslenme | | | |

| | |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Temizlik | <i>birey evini temizleyebiliyor, yerleri yıkayabiliyor, yerleri süpürebiliyor</i> |
| bağımsız | gerekli olduğunda temizlik ile ilgili aktiviteleri yerine getirebiliyor |
| kısmen bağımlı | nadiren bu aktiviteyi yaparken yardıma ihtiyaç duyuyor veya halılara dışarı çıkarırken yardım alıyor |
| bağımlı | bu aktiviteyi yapamıyor veya düzenli olarak aktivitenin bir kısmında yardım alıyor |
| Alışveriş | <i>mağaza gitmek, bunun için gerekli merdivenleri çıkabilmek, ihtiyaçlarını almak, parasını ödemek ve aldıklarını eve taşımak anlamında kullanılmıştır</i> |
| bağımsız | gerekli olduğunda ilgili aktiviteleri yerine getirebiliyor |
| kısmen bağımlı | ilgili aktiviteleri bir başkası ile yapabiliyor |
| bağımlı | bu aktiviteyi yapamıyor veya aktivitenin bir kısmında yardım alıyor |
| Ulaşım | <i>toplu taşım araçlarına ait duraklara gidebilmek, otobüs, tren, dolmuş vb' ne binebilmek</i> |
| bağımsız | gerektiğinde aktiviteyi yapabiliyor |
| kısmen bağımlı | ilgili aktiviteleri bir başka birey ile yapabiliyor |
| bağımlı | bu aktiviteyi yapamıyor |
| Yemek hazırlama | <i>mutfaka gitmek, yemeği hazırlamak, fırın veya ocağı kullanabilmek</i> |
| bağımsız | gerektiğinde aktiviteyi yapabiliyor |
| kısmen bağımlı | yemeği hazırlayamıyor, ancak daha önceden hazırlanmış olan yemeği ısıtıyor |
| bağımlı | bu aktiviteyi yapamıyor |
| Yıkama | <i>duş alma, küvette yıkama</i> |
| bağımsız | yardım almaksızın yıkatabiliyor (küvette girip çıkarken, duş alırken) |
| kısmen bağımlı | vücudun bir kısmını yıkarken (sırt, bacaklar gibi) yardım alıyor |
| bağımlı | kendi kendine yıkanamıyor veya vücudun birden fazla kısmını yıkarken yardım alıyor |
| Giyinme | <i>çekmece veya dolaptan gerekli tüm giyecekleri almak ve bunları uygun şekilde giyebilmek</i> |
| bağımsız | yardımsız ilgili aktiviteleri yapabiliyor |
| kısmen bağımlı | ayakkabı bağlamak dışında giyeceklerini alabiliyor ve giyebiliyor |
| bağımlı | giyeceklerini almak ve giyinmek için yardım alıyor veya kısmen veya tam olmayarak giyinebiliyor |
| Tuvalet ihtiyacı | <i>tuvalete gitmek, ihtiyacını giderdikten sonra temizliğini yapabilmek ve kıyafetini düzeltebilmek</i> |
| bağımsız | yardım almaksızın tuvalete gidebiliyor, kendi temizliğini yapabiliyor ve kıyafetlerini düzeltebiliyor (baston, walker veya tekerlekli sandalye kullanabilir, gece sürgü veya ördek kullanıp sabah bunları temizleyebilir) |
| kısmen bağımlı | Yukarıdaki aktiviteleri yardımla gerçekleştirebilir |
| bağımlı | tuvalete gidemez |
| Transfer | <i>yatağa girmek ve çıkmak, sandalyeye oturmak-kalkmak</i> |
| bağımsız | yardım almaksızın yatağa girip çıkabilir, sandalyeye oturup kalkabilir (destek almak için baston vs. kullanılabilir) |
| kısmen bağımlı | yardımla yatağa girip çıkar ve sandalyeye oturup kalkar |
| bağımlı | yataktan kalkamaz |

| | |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kontinans | barsak ve mesane boşalmasını kontrol edebilme fonksiyonu |
| bağımsız | kendi kendine barsak ve mesane eliminasyonunu kontrol edebilir |
| kısmen bağımlı | adiren "kazalar" olabilir |
| bağımlı | inkontinant veya katater kullanıyor veya gözlem ile idrar ve barsak kontrolü sağlamıyor |
| Beslenme | yemeği kaptan alıp ağzına götürebilmek |
| bağımsız | yardım almaksızın kendini besleyebiliyor |
| kısmen bağımlı | eti kesmek veya ekmeğe yağ sürmek için yardım almak dışında kendini besleyebiliyor |
| bağımlı | beslenmek için yardım alıyor veya kısmen /tamamen tüplerle besleniyor veya iv mayı alıyor |

KAYNAKLAR

1. Chamie M. Survey design strategies for the study of disability. *Wld Hlth Statist Quart* 1989; 42:122-141.
2. Duncan PW. Stroke disability. *Phys Med* 1994; 74(5):399-407.
3. Garraway WM, Whisnant JP, Drury I. The changing pattern of surviaval following stroke. *Stroke* 1983; 14:699-703.
4. Greshaw GE, Phillipis TF, Wolf PA. Epidemiologic profile of long term stroke disability: the framingham Study. *Arch Phys Med Rehab* 1979; 60:487-491.
5. Fried LP, Guralnick JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology and risk. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:92-100.
6. Kutner NG, Brogan DJ. Assisted survival, aging and rehabilitatm needs: comparison of older dialysis patients and age matched peers. *Arch Phys Med Rehab* 1992; 73:309315.
7. Livingston-Bruce M, Seeman TE, Merrill SS, Blazer DO. The impact of depressive symptomatology on physical disability: Me Arthur Studies of successful aging. *Am J Public Health* 1994; 84(11):1796-1799.
8. Minaire P. Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *WHO Bulletin QMS* 1992; 70(3): 373-379
9. Shaar KH, McCarthy M, Meshefedjian G. Disadvantage in physically disabled adults: an assessment of the causation and selection hypothesis. *Soc Sci Med* 1994; 39(3):407-413.
10. Sonn U. Longitudinal Studies of depence in daily life activities among elderly persons. *Scan J Rehab Med* 1996; Suppl 34:1-35.
11. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38(1): 1-4.
12. Wade DT, Langton-Hewer R. Functional abilities after stroke; measurement, natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987; 50:177-182.
13. WHO Technical Report Series 835. Aging and working capacity 1993: 1-49.
14. WHO Technical Report Series 668 Disability prevention and rehabilitation 1981: 1-39.

TEŞEKKÜR

Türk Tabipleri Birliği adına katkı sunan araştırmacılar (Soyadları alfabetik sıra ile): Prof. Dr. Gülseren Akyüz, Dr. Ayşegül Başar, Dr. Mehveş Büyükköse, Fzt. Güven Çetin, Fzt. Eda Cürücü, Doç. Dr. Erbil Dursun (Bölge Koord.), Prof. Dr. Berrin Durmaz (Bölge Koord.), Uzm. Dr. Sevda Ener, Prof. Dr. Ferda Erdoğan (Bölge Koord.), Prof. Dr. Kamil Göncü (Bölge Koord.), Yrd. Doç. Dr. Rengin Güzel, Doç. Dr. Nigar Hamamcı (Bölge Koord.), Dr. Sibel İyigöz, Prof. Dr. Önder Kayhan (Bölge Koord.), Prof. Dr. Siranuş Kokino (Bölge Koord.), Yrd. Doç. Dr. Kemal Nas, Prof. Dr. Aydan Oral (Bölge Koord.), Fzt. Arzu Razak Özdiñler, Doç. Dr. Tunay Sarpel, Dr. Selma Sur, Prof. Dr. Ömer Faruk Şendur (Bölge Koord.), Fzt. Devrim Tarakçı, Yrd. Doç. Dr. Ayşe D. Turhanoğlu, Fzt. İpek Yeldan.

Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı adına katkı sunan araştırmacılar (Soyadları alfabetik sıra ile): Mehmet Özer (Özürlüler İdaresi Başkanı), Sebahattin Köktürk (Tıbbi Hizmetler Daire Başkanı), Renan Bölükbaşı (Tıbbi Hizmetler Daire Şube Müdürü), Osman Balaban (SHUD Uzm. Yrd.), Sertan Bozkurt (Tıbbi Hizmetler Daire Psikoloğu), Deniz Çağlayan (SHUD Uzm. Yrd.), Selma Çalık (Tıbbi Hizmetler Daire Şube Müdürü), Tolga Duygun (Tıbbi Hizmetler Daire Uzm. Yrd.), Elçin Er (Tıbbi Hizmetler Daire Uzm. Yrd.), Sinan Gezgin (Mes. Rehab. Daire Uzm. Yrd.), Canan Gökdemir (Tıbbi Hizmetler Daire Uzm. Yrd.), Tayyar Kuz (Eğ. Daire Uzm. Yrd.), Lütfiye Mutluoğlu (Mes. Rehab. Daire Uzm. Yrd.), Bahar Uğurlu (Eğ. Daire Uzm. Yrd.), Keziban Uğurer (Mes. Rehab. Daire Uzm. Yrd.), Zühal Yılmaz (Mes. Rehab. Daire Uzm. Yrd.), H. Mehmet Yılmaz (SHUD Şefi).

Çok merkezli bu araştırmaya katkı sunan tüm katılımcılara teşekkürü bir borç biliriz.