



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**KEELE KATILIM DEĞERLENDİRMESİNİN TÜRKÇE UYARLAMASI:
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
KEVSER GÜRSAN

DANIŞMAN
PROF. DR. KILIÇHAN BAYAR

ARALIK, 2018

MUĞLA



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

KEELE KATILIM DEĞERLENDİRMESİNİN TÜRKÇE UYARLAMASI:
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

KEVSER GÜRSAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsünce
“Yüksek Lisans”
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 03.01.2018
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 28.12.2018

Tez Danışmanı : PROF DR. KILIÇHAN BAYAR
Jüri Üyesi : PROF DR. KEZBAN BAYRAMLAR
Jüri Üyesi : DR.ÖĞRETİM ÜYESİ PINAR BAŞBUĞ

Enstitü Müdürü :Prof.Dr. Feral ÖZTÜRK

ARALIK, 2018
MUĞLA

TUTANAK



YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Keele Katılım Değerlendirmesinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

22/11/2018
Kevser GÜRSAN

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN

MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.

Soyadı :GÜRSAN

Adı : KEVSER

Kayıt No:

TEZİN ADI

**Türkçe : KEELE KATILIM DEĞERLENDİRMESİNİN TÜRKÇE UYARLAMASI:
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**Y. Dil : TURKISH VERSION OF KEELE ASSESMENT OF PARTICIPATION:
VALIDITY AND RELIABILITY STUDY**

TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans

Doktora

Sanatta Yeterlilik

X

O

O

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Fakülte : Sağlık Bilimleri Fakültesi

Enstitü : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Diğer Kuruluşlar :

Tarih :

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayınlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı :BAYAR, KILIÇHAN

Ünvanı : PROF. DR

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

1. KEELE KATILIM DEĞERLENDİRMESİNİN TÜRKÇE'YE UYARLAMASI
2. TÜRKÇE'YE ÇEVİRİLEN ÖLÇEĞİN GEÇERLİK ÇALIŞMASI
3. TÜRKÇE'YE ÇEVİRİLEN ÖLÇEĞİN GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :

- 1.KEELE KATILIM DEĞERLENDİRMESİ
- 2.KATILIM
- 3.YAŞAM KALİTESİ
- 4.TÜRKÇE ADAPTASYON
- 5.GEÇERLİK
- 6.GÜVENİRLİK

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:

1. KEELE ASSESMENT OF PARTICIPATION
- 2.PARTICIPATION
3. LIFE QUALITY
- 4.TURKISH ADAPTATION
- 5.VALIDITY
6. RELIABILITY

- | | |
|---|-----------------------|
| 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum | <input type="radio"/> |
| 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir | <input type="radio"/> |
| 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir | <input type="radio"/> |

Yazarın İmzası :

Tarih : 23/11/2018

TEŐEKKÜR

Bana akademisyen olmayı imrendiren, sahip olduğu bilgi ve tecrubesine hayranlıkla bakdđđm çok değerli Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı sayın Prof.Dr. Banu BAYAR'a ve danışmanım, yol gösterenim çok saygı değer sayın hocam Prof.Dr. Kılıçhan BAYAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez için uygun özellikteki katılımcılara ulaşmamı sağlayan Palmiye Alışveriş Merkezi Müdürüne çok teşekkürlerimi sunuyorum.

Küçüklüğümden beri benim kılavuzum olan canım ablam Elif GÜRSAN başta olmak üzere canım annem ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez konusunda bana yardımcı olan dünyalar tatlısı Meltem KOÇ ve Özge İPEK'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Fzt. Kevser GÜRSAN

ÖZET

KEELE KATILIM DEĞERLENDİRMESİNİN TÜRKÇE UYARLAMASI:

GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Bireyler zaman içerisinde çeşitli faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan rahatsızlıklar sonucu fiziksel aktiviteleri yerine getirememeye, toplumsal hayata katılımının kısıtlanması gibi pek çok olumsuz durumla karşılaşmaktadır. Katılımları kısıtlanan bireylerin yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenmektedir. Ülkemizde yaşam kalitesine ve katılıma yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında katılımı değerlendiren çalışmalar az sayıdadır. Çalışmanın amacı 50 yaş ve üstü bireylerin toplumsal katılımını değerlendirmek için kullanılan ve Keele Katılım Değerlendirmesi (KKD)'nin Türkçe uyarlamasının yapılması, geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesidir. Çalışmaya 150 gönüllü birey dahil edilmiştir. Gönüllü bireylere sosyodemografik soru formu, KKD, Katılım ve Otonomi Etki Anketi (KOE), Normal Yaşama Yeniden Katılım Endeksi (NYYKE) ve Yaşam Kalitesi Anketi (KF-36) uygulanmıştır. Güvenirliğin belirlenmesi için test-tekrar test ve iç tutarlılık analizleri, geçerliğin belirlenmesi için yapı geçerliği ve ölçütlere dayalı geçerlik analizleri yapılmıştır. Test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.631 ($p < 0.01$), iç tutarlılık analizi için Cronbach Alfa değeri 0,655 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar skalanın zamana karşı değişmezlik özelliğini ve iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir. Yapı geçerliğinin test edilmesi için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapıldığında, skalanın tek faktörlü yapıda olduğu tespit edilmiştir. Eş zamanlı ölçek geçerliği için KKD'nin NYYKE, KOEA ve KF-36 anketinin fiziksel fonksiyon alt grubuyla korelasyonuna bakılmıştır. Ölçeklere dayalı geçerlik sonuçlarına göre, KKD'nin diğer anketlerle korelasyonun ilişkili olduğunu bulunmuştur. Yapılan analizler ve incelemeler de KKD'nin Türkçe versiyonunun Türk toplumuna uygulandığında sonuçların geçerli ve güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Keele Katılım Değerlendirmesi, Katılım, Yaşam Kalitesi, Türkçe Adaptasyon, Geçerlik, Güvenirlik

ABSTRACT

TURKISH VERSION OF KEELE ASSESMENT OF PARTICIPATION: VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

Individuals face many adverse status such as not being able to fulfill physical activities, restriction of participation in social life as result of disorders arising from a number of factors in time. Life quality of individuals, participations of who are restricted is affected negatively. When considered from this point of view, there are limited number of studies which evaluate the participation. The purpose of this study is the realization of Turkish adaptation of Keele Assesment of Participation (KAP) used to evaluate the participation of individuals at the age of 50 and over and determination of its validity and reliability. 150 volunteer individuals were included in the study. Socio-demographic questionnaire, KAP, Impact on participation and autonomy questionnaire (IPAQ), Reintegration to Normal Living Index (RNLI) and Quality Of Life Questionnaire (SF-36) were applied to the volunteer individuals. Test-retest analysis and internal consistency analysis was performed to determine the reliability and construct validity and criteria-based volatility analysis was performed to determine validity. Correlation coefficient of test-retest was found as 0.631 ($p < 0.01$), Cronbach Alpha value for internal consistency was found as 0,655. These results show that the scale has the feature of invariance against the time and it has internal consistency. When explanatory and confirmatory factor analysis was carried out to test the construct validity, it was found out that the scale was of single-factor structure. Correlation of KAP with sub-group of physical function of RNLI, IPAQ and SF-36 questionnaire was analyzed for simultaneous scale validity. These results show that correlation of KAP with other questionnaires is average. Analysis and examinations performed show that when Turkish version of KAP is adapted to Turkish society, results are valid and reliable.

Keywords: Keele Assesment of Participation, Participation, Life Quality, Turkish Adaptation, Validity, Reliability

İÇİNDEKİLER

Sayfa Numarası

İÇİNDEKİLER	i
ŞEKİLLER DİZİNİ	iiiv
TABLolar DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
EKLER	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ICF Tarihçesi	3
2.1.1. ICF Tanımı.....	3
2.1.2. ICF'in Kullanımı.....	4
2.1.3. ICF'nin Hastalıkları Sınıflandırması	5
2.1.4. ICF'nin Amaçları	6
2.1.5. ICF' in Kullanım Alanları	7
2.1.6. ICF'nin Bileşenleri	7
2.1.7. ICF'in Biyopsikososyal Modeli.....	10
2.2.Yaşam Kalitesi	11
2.2.1.Yaşam Kalitesinin Tanımı	11
2.2.2. Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihsel Süreçteki Gelişimi.....	12
2.2.2 Yaşam Kalitesini Etkileyen Değerler	13
2.2.2.1. Gelir - Gider Durumu.....	14
2.2.2.2. Cinsiyet	14
2.2.2.3. Yaş	15
2.2.2.3.1. Bireylerde yaşla birlikte meydana gelen değişimler	16

2.2.2.4. Medeni Durum	21
2.2.2.5. İş	21
2.2.2.6. Eğitim Öğrenim Durumu	22
2.2.2.7. Sağlık	22
2.2.2.7.1. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	23
2.2.2.8. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA).....	25
2.3. Katılım.....	26
2.3.1. Toplumsal Katılımın Değerlendirilmesi	28
2.4. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları	33
2.4.1. Ölçek Uyarlaması	33
2.4.1.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	34
2.4.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırmanın Türü	39
3.2. Araştırmanın Amacı ve Planı	39
3.3. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	39
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.5. Verilerin Toplanması.....	40
3.5.1. Sosyodemografik Soru Formu	41
3.5.2. Keele Katılım Değerlendirmesi	41
3.5.3. Katılım ve Otonomi Etki Anketi (KOE).....	42
3.5.4. Normal Yaşama Yeniden Katılım Endeksi (NYYKE).....	43
3.5.5. KF-36 Yaşam Kalitesi Anketi (KF-36)	43
3.6. Araştırmaya Katılan Gönüllülerin Özellikleri.....	44
3.7. KKD'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması.....	44

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analiz	46
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
4. BULGULAR.....	48
4.1. Hastaların Demografik Bulguları	48
4.3. Dil Geçerliliği	50
4.4. Ölçekteki Maddelerin Frekans Dağılımları	50
4.5. Yapı Geçerliliği	54
4.5. Ölçeklere Dayalı Geçerlik	58
4.5.1. KOEA İle KKD'nin Korelasyonu.....	58
4.5.2. NYYKE İle KKD'nin Korelasyonu.....	59
4.5.3. KF-36 İle KKD'nin Korelasyonu	60
4.6. Güvenirlilik Analizleri.....	62
4.6.1. Test-Tekrar Test Güvenirliliği	62
4.6.2. İç Tutarlılık	62
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
7. KAYNAKLAR	73
8. EKLER	

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa Numarası

Şekil 1: ICIDH modeli (DSÖ 1980).....	5
Şekil 2: Nagi Şeması	6
Şekil 3: Yaşam Kalitesini Etkileyen Değerler	14
Şekil 4: Yaşam Kalitesi ile Sağlık arasındaki ilişki	23
Şekil 5: Aktivite ve Katılım Bileşenleri	27
Şekil 6: KKD'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	57

TABLolar DİZİNİ

Sayfa Numarası

Tablo 2.1: ICF'nin Bileşenleri	8
Tablo 2.2: ICF'in Biyopsikososyal Modeli.....	11
Tablo 3.1: Verilerin Analizi İçin Kullanılan Yöntemler	46
Tablo 4.1: Araştırmaya Katılanların Fiziksel Özellikleri.....	48
Tablo 4.2: Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri	49
Tablo 4.3: KKD Ölçeğine İlişkin Maddelerin Frekans Dağılımları	52
Tablo 4.4: Ölçek Geneli Alınan Ortalama Puanlar	53
Tablo 4.5: Faktörler ve Maddelere İlişkin Değerler.....	55
Tablo 4.6: KKD'nin Uyum Değerleri.....	58
Tablo 4.7: KOEA ve KKD Ölçeği Arası Korelasyon Analizi Sonuçları.....	59
Tablo 4.8: NYYKE ve KKD Ölçeği Arası Korelasyon Analizi Sonuçları	60
Tablo 4.9: KF-36 ve KKD Ölçeği Arası Korelasyon Analizi Sonuçları.....	61
Tablo 4.10: KKD'nin İlk Test ve Son Test Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	62
Tablo 4.11: KKD'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonları.....	63
Tablo 4.12: Kuder-Richardson 20 Güvenilirlik Testi Sonuçları.....	64

SİMGELER VE KISALTMALAR

m	Metre
kg	Kilogram
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
KKD	Keele Katılım Değerlendirmesi
NYYKE	Normal Yaşama Yeniden Katılım Endeksi
KOEA	Katılım ve Otonomi Etki Anketi
KF-36	Kısa Formlu Sağlık Anketi -36
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICF	İşlevsellik, Yetersizlik ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırılması
ICD	Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Disease)
ICIDH	Bozukluk, Yetersizlik ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)
AVM	Alışveriş Merkezi
YK	Yaşam Kalitesi
TEA	Toplumsal Entegrasyon Anketi
TKA	Toplumsal Katılım Anketi
KAPÖ	Kanada Aktivite Performans Ölçümü
FDA	Fonksiyonel Durum Anketi
SFS	Sosyal Fonksiyon Skalası
SYK	Sağlıklı Yaşam Kalitesi
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi

BSP	Bireysel ve Sosyal Performans
YDÇ	Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi
KMO	Kaiser Mayer Olkin
BTS	Barlett' s Test of Sphericity
USS	Uluslararası Sınıflandırma Sistemi



EKLER

Ek-1: Özgeçmiş

Ek-2: Etik Kurul Onay Formu

Ek-3: Araştırma Yapılan Kurumun İzin Yazısı

Ek-4: Yazardan Alınan İzin Yazısı

Ek-5: Aydınlatılmış Onam Formu

Ek-6: Bilgilendirmiş Olur Formu

Ek-7: Sosyodemografik Soru Formu

Ek-8: Keele Assesment of Participation Değerlendirmesinin Orjinal Formu

Ek-9: Keele Katılım Değerlendirmesi

Ek-10: Katılım ve Otonomi Etki Anketi

Ek-11: Kısa Formlu Yaşam Kalitesi Anketi

Ek-12: Normal Yaşama Yeniden Katılım Endeksi

1. GİRİŞ

Katılım; bireyin hayatına yön veren faaliyetlere dahil olması demektir (1). Katılım faaliyetleri; bireylerin sosyal çevrelerindeki kişiler ile etkileşimi sırasında ortaya çıkan organize davranışlardır (2). Sağlığın bireyler tarafından algılanma şekli olan yaşam kalitesi, sosyal ve mesleki yaşantıyı normal düzende gitmemesine neden olan faktörlerden, yani katılımın sınırlanmasından olumsuz yönde etkilenir (3). Toplumsal katılımı olumsuz olarak etkilenen bireylerin fonksiyonelliğini sürdürmek, geliştirmek, bağımsızlık düzeylerini artırmak rehabilitasyon uygulamaları ile mümkün olabilmektedir (4).

Uluslararası İşlevsellik, Yeti Kaybı ve Sağlık Sınıflaması (ICF)'nin tanımlamasına göre "bozukluk", bireylerin fiziksel alandaki yetersizlikleri, eksiklikleri ya da kayıpları olarak tanımlanırken "Yeti kaybı", bireylerdeki bozukluğun sebep olduğu işlevsel kayıplar şeklinde tarif edilir. "Engellilik" kavramı ise kişilerin günlük yaşam aktivitelerinin yeterince yapılamaması yada kısıtlanmasından dolayı topluma katılımının engellenmesi sonucunda kişinin toplumsal rolünün sınırlanması olarak ifade edilir (5).

Ülkemizde yapılan rehabilitasyon çalışmalarının önceliğini bozukluk, yeti kaybı ve engelliliğin önlenmesi konuları oluşturmaktadır (6). Bu çalışmalarda, günlük yaşamda bağımsızlığın azalması, ekonomik yönden üretkenliğin azalması, yaşam kalitesinin bozulması gibi konulara dikkat çekmektedir (7).

Demografik çalışmalar ile gelişmiş toplumlarda özür lülüğün ve engelliliğın, gün geçtikçe önemli bir sorun haline geleceğ i ifade edilmektedir (8). Türkiye'de 2012 yılında yapılan sağlık araştırmasında toplumdaki engelliliğın yaygınlık oranı %13,1 olarak hesaplanmıştır (9). Bunun %75'ini kronik ve progresif hastalıklara bağı lı engelliler oluşturmaktadır. Bu oranın giderek artması beklenmektedir (10).

Kişilerin erişkin dönemdeki yaşamlarının ciddi bir kısmını, kronik bedensel ve zihinsel problemler sebebiyle yeti ve aktivite kaybı ile geçirecekleri vurgulanmıştır (11). Yeti kaybının önlenmesi veya bunun engelliliğ e dönüşmemesi için yürütö len toplumsal programların başarısının değ erlendirilmesi giderek daha önemli hale gelmektedir (12). Bir tedavi veya rehabilitasyon programına baş landığında yapılan uygulamaların ne ölçüde başarılı olduğ unun, hastaların hangi tedavilere olumlu,

hangi tedavilere olumsuz cevap verdiğinin objektif bir şekilde değerlendirilmesi yapılan uygulamayı anlamlı kılmaktadır (13).

Ross Wilkie ve arkadaşları yaşam kalitesini ve katılımı değerlendiren çalışmaları inceleyerek 2005 yılında *Keele Assesment of Participation-KAP* (Keele Katılım Değerlendirmesi-KKD) ölçeğini 50 yaş ve üstü bireyler için geliştirmişlerdir. KKD, epidemiyolojik araştırmalarda, popülasyondaki büyük grupları tanımlamak ve birbirinden ayırt etmek için kullanılmıştır (14). KKD yaşam kalitesi, mental durum, fiziksel aktivite, sosyal yaşamdaki ilişkiler, emosyonel durum, toplumsal katılım kavramlarını içermektedir. KKD, bireylerin gündelik ve sosyal hayata katılımını ölçen; anlaşılabilir, kısa ve ICF'e dahil olan ve bunların alt kategorilerini kapsayan bir ölçektir (15).

Bu çalışmaya 50 yaş ve üstü 150 gönüllü birey dahil edilmiştir.

Çalışmanın yöntemsel modelinin oluşturulmasında orijinal çalışma temel alınmıştır. Çalışma için 2 hipotez kurulmuştur.

H1-1: Keele Katılım Değerlendirmesi Türk popülasyonunda 50 yaş ve üstü bireylerde geçerlidir.

H1-2: Keele Katılım Değerlendirmesi Türk popülasyonunda 50 yaş ve üstü bireylerde güvenilirirdir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ICF Tarihçesi

İlk defa 1898 yılında hastalıkların uluslararası sınıflaması yapılmış olup, ‘Ölüm Sebepleri Sınıflaması’ olarak yayınlanmıştır (16). 1973 yılında Uluslararası Sınıflandırma Sistemi (USS) Phillip Wood tarafından geliştirilmiştir. USS’de impairment (bozukluk), disabilite (yeti yitimi, özür) ve handicap (engel) kavramları tanımlanmıştır. 1980 yılında bu sistem Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından evrenselleştirilerek kullanılmaya başlanmıştır. Aynı zamanda ilk özürülük sınıflaması olarak ozukluk, Yetersizlik ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps/ICIDH)’i yayınlaması özürülük ile hastalıkların birbirinden farklılıklarının anlaşılmasını kolaylaştırmıştır (17).

ICIDH kavramı tanımlanmadan önce, sağlıklı olmayan kişiler özürü olarak tanımlanırdı. Uluslararası sınıflandırma yöntemi ile bu tanımlamalardan vazgeçilmiştir. Yeni yöntem de özürü bireylerin topluma kazandırmak ve onları desteklemeye yönelik olarak çalışmalar başlamıştır (18,19).

DSÖ, bireylerin hastalık adı dışında işlevsellik ve yetiyitimi durumlarının sınıflandırılmasını sağlayabilme amacı ile 2001’de yayınlanan “İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasını (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF)” geliştirmiştir (20).

2.1.1. ICF Tanımı

ICF sınıflandırmasının genel amacı, sağlık ve sağlıkla ilgili konuların değerlendirilmesi için ortak, standart ve evrensel bir anlayış geliştirmek ve sağlığın bileşenlerini ve iyilik halinin sağlıkla ilgili kısımlarını tanımlamaktadır (21). ICF içinde kapsanan alanlar sağlık alanları ve sağlıkla ilgili alanlar olarak 2 şekilde görülebilir. Bu alanlar,

1-Vücut İşlevleri ve Yapıları,

2-Etkinlikler ve Katılım olarak sınıflandırmıştır (22).

İşlevsellik, tüm vücut işlevlerini, etkinlikleri ve kişinin katılımını içine alan bir terimdir. Yetiyitimi, işlev veya yapı bozuklukları, etkinlik sınırlılıkları veya katılım kısıtlılıkları için geniş kapsamlı bir terimdir (23,24). ICF’de ayrıca tüm bu yapılarla etkileşimi olan çevresel etmenler de tanımlanmıştır. Böylece, pek çok alanda bireylerin işlevselliğinin, yetiyitiminin ve sağlığının değerlendirilmesine olanak sağlamıştır (5,25).

Sağlığın pek çok alanında kullanılması için DSÖ tarafından geliştirilen ICF, sağlıkla ilgili birçok bilginin kodlanmasını ve anlaşılmasını sağlar (26).

DSÖ’nün sınıflandırmasında, hastalıklar, bozukluklar, yaralanmalar gibi etyolojik kökenli rahatsızlıklar ICD-10 (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması) içinde sağlık koşulları ile bağlantılı ve yetiyitimi ICF’de sınıflandırılmıştır (27). ICD-10 ve ICF sınıflandırması anahtar kilit ilişkisi gibi birbirini tamamlar. ICD-10, hastalık, bozukluk veya diğer rahatsızlıklara “tanı” koymayı amaçlar. Tanı koyulduktan sonra, işlevsellikle ilgili ek bilgi veren ICF ile kodlanarak tamamlanır. Bu şekilde bireylerin ve toplumların sağlıklarıyla ilgili geniş ve anlamlı bir bilgi edinme sistemi ortaya çıkmaktadır. Bu sistem de sağlık çalışanlarının doğru ve etkili karar almasında önemli rol oynamaktadır (5,28).

ICD-10 ile elde edilebilecek mortalite ile ilgili bilgiler ve ICF ile ulaşılabilecek diğer sağlık bilgileri birleştirilerek halk sağlığı ölçütleri olarak toplumların sağlık durumlarını ve dağılımını izlemek, mortalite ve morbiditenin farklı nedenlerini değerlendirmek için kullanılabilir (27,29).

ICF, yansız bir perspektife sahiptir. Bu nedenle araştırmacılar veya sağlık çalışanları bu yöntemi kullanarak daha hızlı şekilde sonuca ulaşabilir (30).

2.1.2. ICF’in Kullanımı

ICF’in sınıflandırması sosyal, dini, ekonomik, kültürel etmenler nedeniyle ortaya çıkan sorunları ele almaz. Yalnızca sağlıkla ilgili durumları ele alır. Bireyler çeşitli konulardan ötürü; kültürleri, cinsiyetleri, dinleri yada sosyoekonomik faktörlerinden ötürü toplum içindeki görevlerini tam olarak yerine getiremeyebilirler. Bunlar ICF’in katılım kısıtlaması kapsamına girmez (31).

ICF sadece yetiyitimi bulunan kişiler için kullanılan bir sınıflama değil, tüm insanlarla ilgilidir (25).

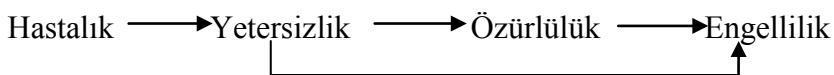
ICF, Birleşmiş Milletler'in bir sınıflaması olarak da kabul görmüştür. Bunun nedeni hem ulusal mevzuat hem de uluslararası insan hakları hükümlerinin yerine getirilmesi için kullanılabilir bir araç olmasından kaynaklanmaktadır. Uluslararası Engelli Hakları Beyannamesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik gibi yasal düzenlemelerde olduğu gibi ülkemiz de dahil olmak üzere pek çok ülkenin hastalık, engellilik ve yetiyitimi ile ilgili yasal mevzuatı ICF kaynak alınarak geliştirilmiştir (32).

2.1.3. ICF'nin Hastalıkları Sınıflandırması

ICF'e göre hastalıklar dört başlık altında toplanır:

- Hastalık:** Herhangi bir organ yada sistemin zarar görmesi olayına denir. Örneğin serebral infarkt, serebral palsi, enfarktüs... vb.
- Yetersizlik:** Herhangi bir organ yada sistemin zarar görmesi sonucu oluşan belirti ve bulguları ifade eder. Örneğin ekstremitelerde güçsüzlük, denge kayıpları, tremor, kalp çarpıntısı... vb.
- Özürlülük:** Bozukluğun sonucu olarak bireylerde meydana gelen işlevlerdeki ve davranışlardaki kaybı tanımlar. Örneğin bağımsız yürüyememe.
- Engellilik:** Bireylerin normal kabul edilen sosyal rolünü engelleyen etmenlerin tümünü ifade eder (32).

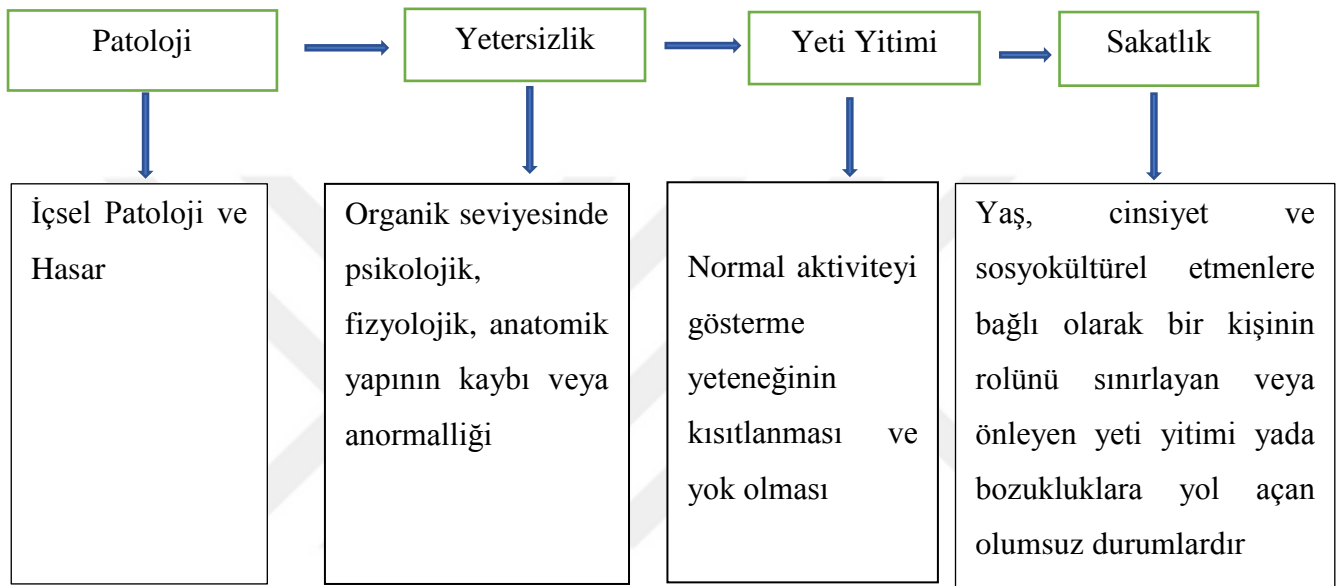
Bu kavramlar Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1: ICIDH modeli (DSÖ 1980)

ICIDH'ten sonra 1991 yılında geliştirilen Nagi şeması da patoloji, yetersizlik, yeti yitimi ve sakatlık kavramlarını kabul etmiştir (33).

Hastalık, yetersizlik, özürlülük ve engellilik kavramlarından oluşan ICIDH ile Nagi şemaları birbirine benzerler (34). Şekil 2'de Nagi şeması gösterilmiştir.



Şekil 2: Nagi Şeması

2.1.4. ICF'nin AMAÇLARI

- Kişilerin sağlığı ve sağlıkla ilgili sorunlarında neler yapabileceğini anlatan ortak bir dil ve kavram oluşturmak,
- Yalnızca özürlülüğü ele almaz, bireylerin fonksiyonelliğini ele almak,
- Bireylerin özürlülüğünün getirdiği eksiklikleri belirtmek yerine kişinin bu durumuyla neler yapabileceğini ve yeteneklerini ortaya çıkarmak,
- Özürlü bireylerin toplumsal katılımını gerçekleştirmek,
- Tıbbi ve sosyal modelin bireyin tüm hayatını kapsamaya yönelik bir kavram oluşturmak,
- Birçok alanda etkileşimli olmak ICF'in amaçları arasındadır (35).

2.1.5. ICF' in Kullanım Alanları

Sağlık alanlarında; uygulanan tedavi ve rehabilitasyonun kişilerde uygunluğunun belirlenmesi ve sonuçların değerlendirmelerinde kullanılır.

İstatistiksel alanlarda; verilerin birleştirilmesi, analizi ve değerlendirmesi için kullanılır. Örneğin popülasyon araştırmalarında ve sonuçların değerlendirilmesinde kullanılır.

Araştırmalarda; bireylerin yaşam kalitesinin yada çevresel etmenlerin değerlendirilmesinde kullanılır.

Sosyal politikalarda; sosyal güvenlik düzenlemeleri, tazminat sistemleri ve sağlık politikaları uygulamalarında kullanılır.

Eğitim ve öğretim alanında; ders programı geliştirme ve planlanmasında, sosyal farkındalığı arttırmak için ICF kullanılabilir (36,37,38).

2.1.6. ICF'nin Bileşenleri

ICF, her biri iki bileşeni içeren iki bölümden oluşmaktadır:

1.Bölüm: İşlevler ve Yetiyitimi

a-Vücut İşlevleri ve Yapıları

b-Etkinlikler ve Katılım

2.Bölüm: Bağlamsal Etmenler

a-Çevresel Etmenler

b-Kişisel Etmenler

Bu bileşenler, hem pozitif hem de negatif terimleme şeklinde tanımlanabilir (Tablo 2.1.). Bileşenlerden her biri farklı alanlardan oluşur. Her bir alanın içinde sınıflandırma birimi olan kategoriler yer alır. Birinci aşamada uygun sınıflama kodu seçilerek, bireyin sağlıkla ilgili durumu belirlenir. İkinci aşama olarak o sınıflamadaki işlev ya da yetiyitiminin seviyesi çevresel etmenlerin ne derece kolaylaştırıcı veya zorlaştırıcı olmaları sayısal kodlarla ifade edilir (39,40).

Tablo 2.1: ICF'nin Bileşenleri

	1. Bölüm: İşlevler ve Yetiyitimi		2. Bölüm: Bağlamsal Etmenler	
Bileşenler	Vücut İşlevleri ve Yapıları	Etkinlikler ve Katılım	Çevresel Etmenler	Kişisel Etmenler
Alanlar	Vücut işlevleri Vücut yapıları	Hayatsal alanlar (görevler, aktiviteler)	İşlevler ve yetiyitimi üzerinde dışsal faktörler	İşlevler ve yetiyitimi üzerinde içsel faktörler
Yapılar	Vücut işlevlerinde değişiklik (fizyolojik) Vücut yapılarında değişiklik (anatomik)	Kapasite : Standart bir çevrede görevlerin tamamlanması Performans : Var olan çevrede görevlerin tamamlanması	Fiziksel, sosyal veya fikirsal dünya özelliklerinin kolaylaştırıcı veya engelleyici etkileri	Bireyin kendi özelliklerinin etkileri
Pozitif terimleme	İşlevsel ve yapısal bütünlük	Faaliyetler Katılım	Kolaylaştırıcılar	uygulanamaz
	İşlevsellik			
Negatif terimleme	İşlev veya yapı bozukluğu	Faaliyet sınırlılığı Katılım kısıtlılığı	Sınırlar/engeller	uygulanamaz
	Yetiyitimi			

1-İşlevler ve Yetiyitimi

a-Vücut İşlevleri ve Yapıları

Sağlık: İyi olma halini oluşturan, fiziksel, mental ve sosyal yönler dahil, insanın hayatı ile ilgili alanları kapsayan genel bir kavramdır.

Sağlık alanları: Sağlığın içinde var olan yaşam alanlarını tanımlar.

Sağlık durumu: Bireylerin fonksiyonellik seviyesidir.

Sağlık şartları: Hastalık (akut veya kronik), bozukluk, yaralanma veya travma için kullanılan yelpazesi geniş bir terimdir. ICD-10 ile kodlanır (41).

İşlevsellik: Vücut işlevleri ve yapıları ile aktivite ve katılımı içine alan kapsayıcı bir kavramdır. Bireyin sağlık koşulları ve bireylerin bağlamsal etmenleri (kişisel ve toplumsal faktörler) arasındaki etkileşimin olumlu taraflarını belirtir (36).

Yeti yitimi: Bozukluk, aktivite ve katılımın kısıtlanmasını kapsayan geniş bir kavram olup kişinin sağlık şartlarını çevresel ve bireysel faktörler arası etkileşimin olumsuz yönlerini belirtir (36).

Vücut işlevleri: Vücut sistemlerinin zihinsel veya psikolojik boyutunu da kapsayan fizyolojik fonksiyonlardır. Multiple Sklerozda görülen kuvvetsizlik işlev bozukluğuna örnek temsil edebilir.

Vücut yapıları: Vücudun, organlar, ekstremiteler ve bunlarla ilgili anatomik bölümleridir.

İşlev veya yapı bozuklukları: Vücut yapı veya işlevlerindeki kayıp veya anormalliktir. Bozukluk, genelde hastalık semptom ve bulgularıyla karakterizedir. Vücut yapılarındaki problemler muayene ya da çeşitli görüntüleme yöntemleriyle teşhis edilebilir (41).

b-Etkinlikler ve Katılım

Aktivite: Bireylerin hareket etmesi veya görevini başarı ile yapmasıdır (42).

Aktivite kısıtlanması: Bireylerin aktivitelerini (iletişim, beslenme, giyinme, mobilite gibi) yerine getirmede karşılaşılabileceği zorluklardır (43).

Katılım: Sağlık durumu ve benzer faktörlerle bağlantılı olarak çeşitli yaşam durumlarına katılım veya daha genel ifadeyle sosyal hayata dahil olma, yaşamın içinde olma olarak tanımlanır. Katılıma örnek olarak; kişinin geçirdiği bir rahatsızlık sonucu işe geri dönmesi verilebilir (44).

Toplumsal hayatta rollerin yerine getirilmesiyle ilgili çeşitli kolaylaştırıcı veya engelleyici faktörler işin içine girer.

Katılımın kısıtlanması: Bireylerin sosyal hayatın içinde iken, karşılaşılabileceği problemlerdir.

İşlev veya yapı bozuklukları ya da aktivite limitasyonu sonucu kişinin yaşına, cinsiyetine, sosyokültürel durumuna göre normal kabul edilen bağlı rolleri yerine getirmesinin kısıtlı ya da engelli oluşudur (45,46).

2-Bağlamsal Etmenler

a-Çevresel faktörler: Kişinin yaşadığı, hayatını devam ettirdiği fiziksel, sosyal ve düşünsel çevre olup dış dünyanın tüm yönlerini kapsar. Kişinin fonksiyonelliği ve işlevselliği üzerinde pozitif veya negatif etkileri olabilir. Engelleri olan veya kolaylaştırıcı yönleri bulunmayan bir çevre bireyin performansını kısıtlayabilir. Örneğin, yüksek yapılmış kaldırımlar ya da yardımcı araçların bulunmaması toplum da kişinin performansını engelleyebilir (47).

b-Kişisel faktörler: Kişinin hayatı ve hayat tarzının bir yansıması olarak kabul edilebilir. Bireyin yaş, cinsiyet, ırk, yaşam tarzı, alışkanlıklar, sosyal ilişkileri gibi kişinin durumunu ifade eder (44).

2.1.7. ICF'in Biyopsikososyal Modeli

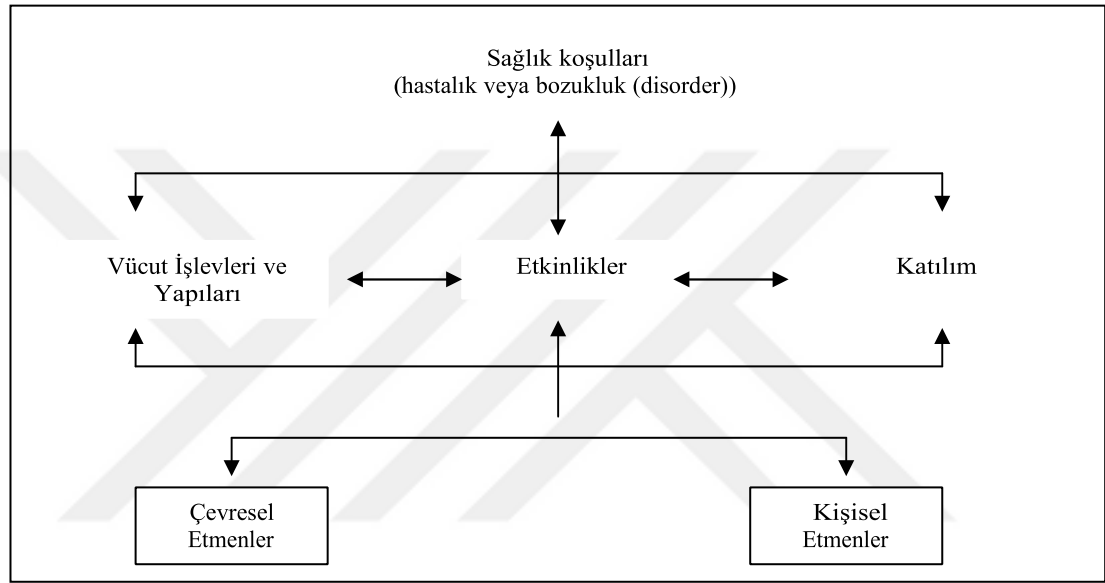
Yeti yitimi ve işlevselliği daha iyi ifade edebilmek için bir takım kavramsal modeller öne çıkmıştır. Bunlardan biri “Medikal Model” diğer model ise “Sosyal Model” şeklindedir (22).

Medikal Model, çeşitli hastalık ve rahatsızlıklar sonucu kişide meydana gelen işlevsellik ve yeti yitimini bir klinisyen tarafından uygulanan tedaviyi ve medikal bakım gerektiren uygulamaları kapsayan bir modeldir. Sosyal Model yaklaşımında ise bireyin ilgili alanda sosyal olarak karşılaştığı sorunları ele alır. Özellikle de

bireyin topluma katılımı konularını ele almaktadır. Yetiyitimi ve işlevsellik kaybını bireysel değil toplumsal olarak görülmektedir. Bu sebeple sorunun çözümlenmesinin temel şartı sosyal bir eylem gerekliliğidir (48).

İşlevselliği daha iyi anlamak için ICF biyopsikososyal modelde bireysel ve sosyal bağlamlardan oluşan bir sentezleme oluşturmuştur (Tablo 2.1.1.). Bu model de tüm kavramlar birbirleriyle etkileşim içindedir (48,49).

Tablo 2.2: ICF'in Biyopsikososyal Modeli



2.2.Yaşam Kalitesi

2.2.1.Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu durumdan iyilik, hoşnutluk, tatmin olma ve mutluluk hissetmesi şeklinde tanımlanacağı gibi kişilerin yaşayış tarzlarını, kültürünü ve bu sistem içinde kişinin kendisini anlamlandırması ve kabulleniş şekli olarak da tanımlanabilir. Yaşam kalitesi alanında bireylerin fiziksel işlevsellikleri, yeterlilikleri, psikolojik durumları, sağlık durumları, ekonomik durumları, aile bireyleri arasındaki ilişkileri, çevresiyle olan sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimler ve inançlar mevcuttur (50,51).

Kişinin içinde yaşadığı olay ve bu olaylara ait beklentilerin hepsi yaşam kalitesini oluşturmaktadır. Yaşam kavramı, kalite (nitelik) ve kantite (nicelik) olmak üzere iki şekilde incelenebilir. Yaşamın kantitesi, bireylerin yaşam süresine denir. Yaşam

kalitesi ise, kişinin yaşadığı fiziksel çevresi, sosyal ilişkileri, ekonomik durumları ve bunun gibi birçok farklı etmeni kapsayan bir kavram olarak nitelendirilir (52).

2.2.2. Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihsel Süreçteki Gelişimi

Yaşam kalitesi kavramı yalnızca sağlık alanında değil daha birçok alanda multi disiplinler olarak incelenmektedir. Bundan dolayı yaşam kalitesi ile ilgili oldukça fazla çalışma yapılmıştır ve yapılmaya devam edilmektedir (53).

Yaşam kalitesi kavramı köken olarak eski çağlardan günümüze kadar uzanan sürede değişen yaşam standartlarının getirdiği yenilikler ve farklılıklar ile biçimlenmiştir. Platon'un "Devlet" adlı eseri ve Aristo'nun "Nikomakhos'a Etik" isimli eseri, yaşam kalitesi kavramının milattan önce de var olduğunu göstermektedir (54).

Tıp alanında Hipokrat, hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarını azaltmak için hastanın iyilik halinin en üstte tutulması konusunda eğitim vermekteydi. MÖ, mutluluk sadece başarıma duygusu ile ilişkilendirilirken; antik ve orta çağda bireylerin mükemmel olma durumları, en üst düzeyde erdem, en üst seviyede iyilikleri elde etme ile ilişkilendirilmiştir (55,56).

Yıllarca felsefe alanında araştırma konusu olan yaşam kalitesi, 2000 yıl önce mutluluğun, tatmin olma duygusunun bir ölçüsü olarak vurgulanmıştır. Bu tatmin olma duygusu günümüzdeki yaşam kalitesi kavramını da içermektedir. O zamandan günümüze değişen yaşam standartları, değişim ve yenilikler yaşam kalitesi kavramını biçimlendirmiştir (57,58).

Psikoloji alanında yaptığı çalışmalar ile tanınan Bentham, 1800'lü yıllarda bireylerin yaşam kalitesinin ölçümü konusunda ilk çalışmaları yapmıştır. 1920'de Thurstone ve 1930'da Likert gibi ünlü bilim insanları, günümüzde hala kullanılmakta olan yaşam kalitesi ölçekleri üzerinde çeşitli çalışmalar yapmışlardır (59,60).

Literatüre bakıldığında, bazı çalışmalar günümüzde en güncel yaşam kalitesi kavramının ilk defa 1948 yılında DSÖ sağlık kavramı tanımında geçtiğini kabul eder (61). Kimi çalışmalarda ise yaşam kalitesi kavramının 1960'larda ABD'nin sağlık politikalarını düzenlenmesinde alınan kararlar sonucu bu kavramın önem kazandığı belirtilmiştir (62). 1987 yılında Holmes ve Dickerson tarafından ele alınan yaşam

kalitesi, sağlık bakımından dinamik bir kavram olarak incelemiştir. Patterson 1975 yılında yaptığı çalışmalar da yaşam kalitesini tanımlamada sağlık, işlev, rahatlık, duygusal tepki ve ekonomi gibi etmenleri ana konu olarak ele almıştır (63).

Sağlık alanında medikal tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin yaşam kalitesini ne ölçüde etkilediğini belirlemek amacıyla bireylerin iyilik düzeylerini, topluma katılımlarını, günlük yaşam aktivitelerini, fonksiyonelliklerini ve daha pek çok faktörü inceleyen çalışmalar yapılmıştır (64,65).

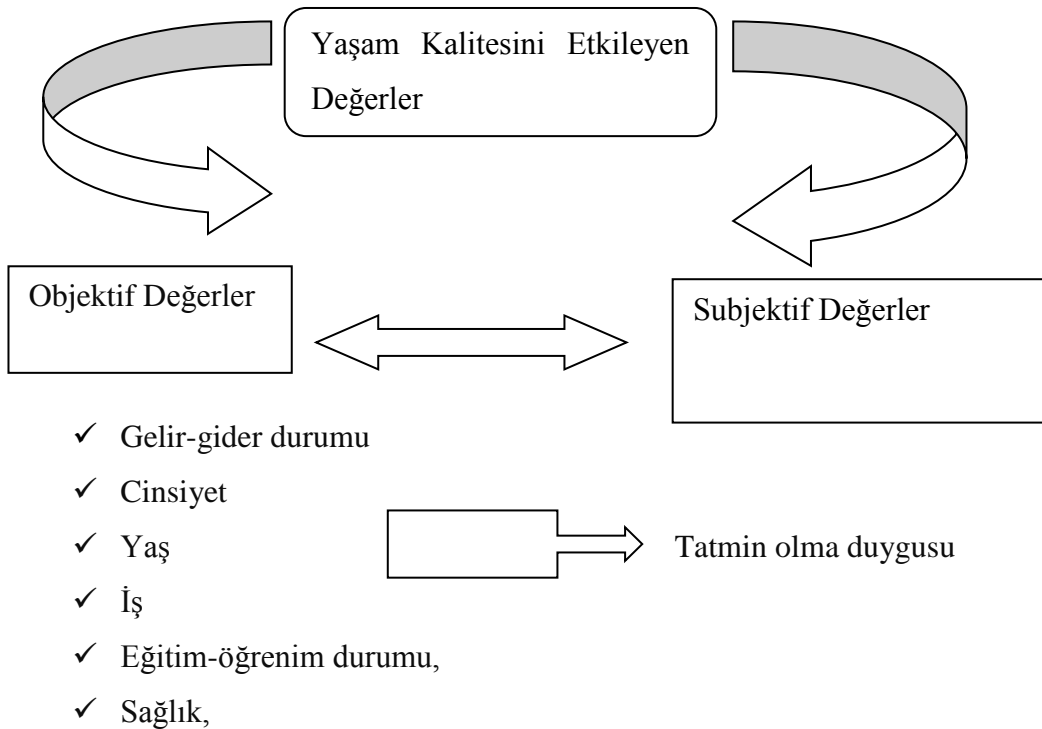
Bu süreç yaşam kalitesini ölçebilir hale getirilmesini sağlamıştır. Sağlık, kültürel, ekonomik, toplumsal ve sosyal konular yaşam kalitesi ölçeklerinin kapsamına girmiştir (66,67).

2.2.2 Yaşam Kalitesini Etkileyen Değerler

Genel olarak yaşam kalitesi “bireyin öznel yaşantısı” gibi gözüktese de, objektif yaşam kalitesi ve subjektif yaşam kalitesi olmak üzere ikiye ayrılır (68).

Objektif değerler; gelir-gider durumu, iş, eğitim-öğrenim durumu, sağlık, medeni durum, boş zaman aktiviteleri, günlük yaşam aktiviteleri ile örneklenebilir (69).

Bireyin objektif değerlerden elde ettiği tatmin duygusu ise yaşam kalitesinin subjektif değerleridir (Şekil 3) (70).



- ✓ Medeni durumu,
- ✓ Günlük yaşam aktiviteleri

Şekil 3: Yaşam Kalitesini Etkileyen Değerler

2.2.2.1. Gelir - Gider Durumu

Sosyal alandaki çalışmalar incelendiğinde, ekonomik şartlardaki gelir gider durumunun dengesiz olması; kişilerin fiziksel, ruhsal, sosyal alanlarda, iş yaşamındaki başarı ve tatminlerini önemli ölçüde etkilemektedir (71).

Sosyoekonomik yönden yetersiz olan bireylerin yeterli olanlara kıyasla yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bilinir. Fakat bilinen bu gerçeklik gelirin, kötü yaşam kalitesi yönünden tek başına yeterli bir anlam ifade etmediği yönündedir. Çünkü gelir düzeyi yüksek olup zamanı kısıtlı, yaşama isteği olmayan, enerjisi düşük bir bireyin yaşam kalitesi yüksek olmayabilir (71,72).

Kişilerin yaşadığı çevrede bireye sunulan hizmetlerin yetersiz ve eksik olması, altyapı yetersizlikleri, çeşitli çevresel sorunlar (hava kirliliği,gürültü kirliliği,trafik sorunları... vb gibi problemler) yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (73).

2.2.2.2. Cinsiyet

Cinsiyet, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (74). Cinsiyetler arasında özellikle objektif yaşam kalitesi ölçümlerinde ciddi farklar görülmektedir. Cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarda; erkeklerin yaşam kalitesi puanları kadınlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulguları destekleyen çalışmalarda yapılmıştır. Örneğin, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde cinsiyet açısından yaşam kalitesinde büyük farklılıklar görülmektedir (75,76).

Gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde yaşayan kadınların çalıştırılmasına izin verilmeyip, kültürel yapıdan dolayı genellikle ev hanımlığına itilmektedir (77).

Çalışan kadınlar ile çalışmayan kadın kıyaslandığında çalışan kadınların, daha mutlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda gelişmemiş toplumlarda yaşayan kadınlarda görülen düşük eğitim düzeyi; sosyal, ekonomik, kültürel ve sağlık alanlarında kadınlar aleyhine bir fark oluşturmaktadır (78).

Diğer önemli bir hususta toplumda var olan cinsiyet ayrımcılığının kadınlara yüklediği roldür. Yemek yapma, temizlik, ev işleri, aile üyelerinin bakımı gibi farklı iş ve sorumluluklar kadınların yaşam kalitelerini erkeklere oranla oldukça aşağıya çekmektedir (74,78).

2.2.2.3. Yaş

Yapılan çalışmalar incelendiğinde yaşam kalitesi ve yaş arasındaki ilişki yaştan yaşam kalitesiyle doğrudan ilişkisinin olduğu görülebilir (79).

Yaşlanma, bireyin yaşamda var olması ile başlayıp, ölümüne kadar süren farklılıkların tamamına denir. Kişilerin yaş almasıyla birlikte zihinsel, bedensel, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değişimleri kişinin hem kendisini hem de toplumun genel yapısını etkilemektedir (80).

Yetişkin birey; kendisinin ve çevresindeki kişilerin hayatını devam ettirebilmesi için üretim yapabileceği ve gereksinimleri karşılayabileceği şekilde bedensel ve ruhsal olarak olgunlaşmış, yaşadığı çevre tarafından kabul gören kişilerin genel olarak kullandığı kavramdır. Bu yetişkin birey kavramı toplumlar arası kabul görme yaşı farklılık göstermekle birlikte DSÖ yetişkin tanımını 24 yaş üzerindeki bireyler olarak tanımlamaktadır. Amerikalılar ise yetişkin kavramını 2 şekilde ele almaktadır. Genç yetişkinler (16-44) ve yetişkinler (45-64) aralığında incelemektedir. Türkiye’de ise zihinsel engeli bulunmaması şartıyla 18 yaşını dolduran bireyler yasal olarak reşit sayılmaktadır (81).

Dünya nüfusu insanlık tarihinin başlangıcından günümüze kadar olan süreçte sürekli bir artış içindedir. 1950’lerde 2.5 milyar olan dünya nüfusu, 2007’de 6.5 milyara 2018 yılında ise 7.5 milyara ulaşmıştır. 2050 yılında ise 9 milyar civarında olacağı tahmin edilmektedir. Dünyada var olan nüfusun yaklaşık yarısından fazlasını erişkin nüfus oluşturmaktadır (82).

Yaşam kalitesi her yaş döneminde önemlidir. Literatürdeki çalışmalarda kişinin yaş almasıyla beraber yaşam kalitesinde oldukça düşüş yaşandığı görülmektedir (83,84).

Yaşın artmasıyla oluşan sağlık problemleri, psikolojik sorunlar; yalnızlık, statü kaybı, sosyal ilişkilerde azalma, toplumsal katılımın önemli ölçüde azalması zihinsel

ve fonksiyonel becerilerin azalması gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitesi önemli ölçüde etkilenmektedir (85,86).

2.2.2.3.1. Bireylerde yaşla birlikte meydana gelen değişimler

1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri: Yaşlanmayla beraber kalp kasında atrofi meydana gelir ve kalbin kasılması esnasında pompalanan kan miktarı da azalır. Yaşın artmasıyla kalp atım sayısında, kalp debisinde, kalp atım hacminde ve maksimal oksijen tüketiminde düşüşler yaşanır. Aynı zamanda, kalp kapakçıkları da sertleşir. Kalbin iç tabakası olan endokard da kalınlaşır (87,88). Vasküleritede de değişiklikler meydana gelir. Kan damarlarının yapısında bulunan elastik liflerini kaybederler ve damarlar esnekliğini yitirir. Bundan dolayı kan basıncı artar. Kan basıncının artmasıyla hipertansiyon oluşur (89).

2. Solunum Sisteminde Değişiklikler: Solunum sisteminde görülen değişikliklerin artan yaşla ilişkilendirilmesi diğer sistem değişikliklerine göre daha zordur. Çünkü genetik yapı, cinsiyet, çocuklukta geçirilen solunum sistemi hastalıkları, mesleki toz maruziyeti gibi pek çok farklı etken solunum sisteminin yaşlanması ile ilişkilidir. Akciğer volümü yaş ile birlikte, vital kapasitenin doğrusal bir düşüşü söz konusudur. 20 yaşında başlayan bu düşüş yılda kadınlarda 22 ml, erkeklerde 26 ml kadardır. Total akciğer kapasitesi sabit kalır ve rezidüel volüm yaşla birlikte artar (90,91).

Rezidüel volümün toplam akciğer kapasitesine oranı (RV/TLC) 20 yaşında %20'dir. 60 yaşında %35'e kadar çıkar ve bu artışın çoğu 40 yaşından sonra meydana gelir. Oksijen gerilimi yaşla birlikte yaşla birlikte sabit kalmasına rağmen, arterial O₂ basıncı ilerleyici bir düşüş gösterir. Bu yüzden alveoarteryel O₂ farkı artar. Arteriyel O₂ basıncındaki bu azalmanın çoğu ventilasyon perfüzyon uyumsuzluğundan kaynaklanır (92,93).

Akciğerlerin elastik geri çekilmesi yaşla birlikte azalır ve bu yüzden hava yollarının kollapsa uğrayabilir. Hava yolunun kapanması baskın olarak akciğerlerin bağımlı bölgelerinde ve dik pozisyonda meydana gelir bu alt loblarda daha fazla perfüzyon meydana gelmesi nedeniyle ventilasyon perfüzyon uyumsuzluğu ile sonuçlanır. (94,95).

3. İskelet-Kas Sistemi Değişiklikleri: Yaşla birlikte kemik dansitesinde azalmaların sonucu stres kırıkları meydana gelebilmektedir. Tendonlarda ve eklemlerde sinoviyal sıvının azalması ve kıkırdak dokuda meydana gelen dejenerasyon sonucu intervertebral diskler elastikiyetini kaybeder. Eklem kıkırdak yüzeyinde fibroz doku artar. Eklemde elastikiyet kaybı, kıkırdaklarda bozulmalar oluşur. Kıkırdak dokularında kalsifikasyonlar meydana gelir. Bireylerin, postüral dengelerinde, mobilitelerinde ve stabilizasyon durumlarında çeşitli bozulmalar meydana gelebilmektedir. Bu gibi problemlerin yaşanmasında sensorimotor dengesinin bozulması, kas kuvvetinde azalmalar, kasın atrofiye uğraması, postüral cevapların iletiminde uzama ve vestibüler yollarda meydana gelen aksaklıklardan dolayı oluşabilmektedir (96,97). Kadınlar ortalama 30 yaşından sonra, erkeklerde 50 yaşlarından sonra %0.75-1 oranında kemik yoğunluğu, mineral kayıpları oluşur. Yapısında bozulmalar olan kemik doku kolaylıkla kırılabilir (97).

Yaşla birlikte kemik dokunun harabiyeti çeşitli hastalıkları beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalarda osteoporoz, osteoartrit gibi sık dejeneratif hastalıkların görüldüğü tespit edilmiştir (98,99).

Yaşla birlikte, kas lifleri içerisinde hücreler arası yağ miktarında artış gözlenmektedir. Otuz yaşından sonra kişilerde kas kuvveti her 10 yılda bir %10-15 oranında düşmeye başlar ve 50 yaşından sonra bu olay hızlanır. Kasların kütlelerinde ve kuvvetinde azalma olur. Kas atrofiye uğrar. Kas lifleri sinir uyarımında daha yavaş cevap verir. Bunun sonucunda motor cevap daha geç meydana gelir. Kas refleksleri yavaş oluşmaktadır. Kaslarda kuvvet azlığı sonucunda kas lifleri inceler. İncelen kas liflerinin içerisinde hücreler arası yağ miktarında artış gözlenmektedir. Kas kütlelerinin kaybında bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini düşürür (100,101).

4. Sinir Sistemi Değişiklikleri: Nöronlar doğumdan sonra sayıları artmayan hücreler olarak bilinmektedir. Tüm yaşam boyunca devam etmekte olan nöron kaybı, beyni besleyen damarların dejenerasyonu ile birlikte klasik yaşam bulgularının ortaya çıkmasını sağlar (102,103). Kayıpların meydana geldiği bölgeye göre hareketlerde yavaşlama, reaksiyon zamanında uzama, kelime hazinesi, kısa süreli hafıza, yeni materyalleri öğrenme, kesitleri hatırlama gibi bazı mental fonksiyonlar azalabilir. Reflex iletim hızı azalır ve refleksler yavaşlar (104).

Yüksek entellektüel fonksiyonlarda yavaşlama ve uyaranlara cevap verme süresini uzama görülür. Beyin ağırlığı erkeklerde %10, kadınlarda %5 azalmakta, ventriküler hacim ve BOS sıvısı artmaktadır. Serebellum hücrelerinde %25 kayıp görülmektedir. Beyin metabolizma hızında, kan akımında azalma olmaktadır. Yaşla birlikte görsel uzaysal algılama sorunları nedeniyle üç boyutlu yapı ve çizimleri algılama azalmaktadır. Derin tendon reflekslerinde, vibrasyon duyusu hissedilme süresinde hafif dokunma duyusunu %27 oranında azalma gibi duyuusal sistemlerde de değişim meydana gelmektedir. Yaşla birlikte bilgi işleme hızı yavaşlar. Yeni bilgi edinmek için daha çok bilişsel çaba gerekir. Dikkatin farklı boyutları olumsuz yönde etkilenir. Dikkat aynı anda eş zamanlı 2 göreve bölünmesi (bölünmüş dikkat) gereken durumlarda gerileme olur. Dikkatin sürdürülmesi (konsantrasyon) gereken görevlerde başarısızlık görülür. İlişkisiz bilgilerin elimine edilmesi ve hedef uyarıcıların belirlenmesi gereken durumlarda güçlük yaşanır ve hata yapma oranı artar. Yıllar boyunca biriken bilgi birikimi sonucunda oluşan pratik deneyimler ve bunun doğal bir sonucu olan bilgelik yaşamın sonuna kadar devam eder (104,105,106).

Nöron kaybı en çok nörotransmitter maddeler sentezleyen hücrelerde görülür dopaminerjik ve beta-adrenerjik reseptörlerin bu nörotransmitterlere olan duyarlılığı azalır. Periferik sinirlerde miyelin kılıfın motor son plak da farklılaşmalar ve aksonların sayısında azalma görülür. Afferent ve efferent sinir iletimi progresif olarak yavaşlamaktadır. Bu durum refleks cevaplarında yavaşlamasına neden olur. Ağrıya tolerans artmakta ve ağrı eşiği yükselmektedir. Beyinde sinaps sayısına ve nörotransmitterlerde azalma meydana gelmektedir (107,108,109).

Hem gri hem de beyaz cevherde kayıp vardır. Gri cevher kaybı, hücre gövdelerindeki büzülme dentrit ve ince akson dallarının kaybı, sinir sonlanmaları ve su kaybı; beyaz cevher kaybı ise ince myelin liflerin kaybı ve miyelin yapılarının değişiminden kaynaklanır. Bu durum kortikal bağlantılarda bozulmaya yol açar. Myelin liflerindeki aksonal iletimin yavaşlaması ve eksitator sinapsların kaybı dolayısıyla sinyal iletimi ve bilgi işleme için daha uzun süreye ihtiyaç duyulur. Buna bağlı olarak psiko- motor hız yavaşlar (102,110,111)

5. *Duyusal Fonksiyonlardaki Değişiklikler:* Yaşla birlikte beyin dokusunda frontal parietal ve temporal loblarda orantısız büyük kayıplar gerçekleşir. Koku, tat, görme, işitme, dokunma, taktil ve proprioseptif duylarda kayıp ve bozulmalar meydana gelir. Periferal reseptörlerin kaybı denge kaybına neden olur. Görme keskinliği azalır. 40 yaşından sonra farklı uzaklıklardaki nesnelere odaklanmada, 70 yaşından sonra ise ince detayları ayırt etmede sorunlar yaşanır. Net görmek için daha fazla ışığa ihtiyaç vardır. 80'li yaşlarda karanlıkta görebilme yeteneği kaybolmaktadır. Gözyaşı salgısının azalması kornea yüzeyinde irritasyona neden olmaktadır (112).

Kulakta semisirküler kanallardaki kıl hücrelerinde azalma, işitme yolundaki nöronların kaybı ile birlikte işitme hassasiyeti azalır. Seslerin algılanması, lokalizasyonu ve ayırımında yetersizlik görülür. Yüksek frekanslı sesleri işitmek zorlaşır (113,114).

Yaşla birlikte dermis inceler, elastikiyetini kaybeder, vaskülaritesi azalır. Dokunma, basınç, ağrı ve ısı reseptörleri cildin epidermis ve dermisinde bulunan dokunma duyusunun hassasiyetinde azalma, vibrasyon, pozisyon ve kinestezi duylarında kayıp meydana gelmektedir (115).

Melanositlerin pigment üretimi azalmakta derilerinde lekelenmeler oluşmaktadır. Kıl foliküllerindeki incelmeler olmakta ve pigment kaybı sonucunda saçlar beyazlamaktadır. Bağ doku, ekstrasellüler matriks hücreler arasında bulunan onları destekleyen kompleks bir yapıdır. Deri, tendon kıkırdak ve kemikte bulunur. Kemik kıkırdak gibi dokularda dağınmış hücrelerin etrafında epitel doku hücreleri birbirine bitişik ve sıkı bir tabaka yaptığı için altında deride ince kırışıklıklar, derin oluklar meydana gelir (115,116).

Deride yaşla birlikte kolajen ve elastin fibrin protein miktarı azalır. Kolajen azalması deride gevşemeye neden olur. Hücre yenilenmesinin yavaşlaması nedeniyle glikozaminoglikan ve proteoglikan gibi maddeler azalır. Epidermiste incelmeye meydana gelir. Bu durum derinin katlanmasına, buruşmasına ve kırışmasına neden olur. Yaş ile birlikte deri altı yağ dokusu azalır. Bunun yerine fibröz doku alır. Elastik lif kaybı ciltte kolayca çürük oluşumuna yol açar. Dokunma reseptörlerinde duyarlılık azalmış, el ve ayaklarda sıcak soğuk basınç duyusu hafiflemiştir. Kaza ve

yanık durumlarından etkilerini arttırır. Melanosit sayısı azaldığı için derinin ultraviyole ışığı korunması azalır (116,117).

Tırnaklar mat ve sarımsı, uzunlamasına oluklu ve çatlak bir görünüm alır. Ayak tırnakları kalınlaşır. Ter üretiminin azalması, ısı dağıtımında azalmaya yol açar. Sıcak günlerde dikkat gerekir (116).

Yaşla birlikte artan görme bozuklukları monoküler dejenerasyon (gözün arka kısmında yer alan sinir tabakası mı görme merkezine etkilemesi), kontrakt, glakom ve retinopati ye bağlı olarak ortaya çıkar (118,119).

Timpanik membrandaki sklerotik değişiklikler, kohlear otoskleroz, korti organında reseptör kalbi ve işitme sinirinin dejenerasyonu işitme kaybına neden olur (120).

6. Metabolik Değişiklikler: Yaşlanmayla birlikte, kan glukozunun düşürülmesinde insülinin etkinliği azalır. İnsülin ve glukagon seviyelerindeki dengesizlikler meydana gelir. Bu da tip 2 diabete neden olur. İnsülin etkisindeki ve glukoz toleransındaki azalmada, yaşlanma sürecinde etkilidir (121).

Diabet bireyin tüm vücudunu etkileyebilir ve vasküler dokularda hasar, stroke, enfarktüs, böbrek yetmezliği, retinopati, doku ülseri gibi bir çok ciddi komplikasyonlara neden olabilir (122,123).

7. İmmün Sistem Değişiklikleri: İmmün sistem fonksiyonları yaşlanmayla genel olarak baskılanır. Bu değişiklikler enfeksiyon riskinde ve sonuç olarak da morbidite ve mortalite oranında artışa yol açar. Düzenli fiziksel aktivite, immün sistem fonksiyonlarındaki baskılanmayı azaltabilmektedir (124,125).

8. Üriner Sistem Değişiklikleri: Yaşlanma ile birlikte böbrek büyüklüğünde, glomerül sayısında ve böbrek kan akımında, glomerül filtrasyon hızı ve tübüller fonksiyonda azalma olur. Nefronların fonksiyonlarında kayıplar görülür. Nefronlardaki kan akımının da yavaşlamasıyla böbreklerden metabolik artıkların atılması yavaşlamıştır (126).

Böbreklere gelen kan miktarının azalması sonucunda metabolik artıkların vücuttan atılımında gecikme başlar. Bu değişiklikler sonucunda üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık artar, böbreklerdeki, sıvı elektrolit dengesizlikleri meydana gelmektedir (126).

9. Psikososyal Değişiklikler: Yaşla beraber görülebilen bazı sosyal ve fizyolojik değişiklikler beraberinde psikolojik sorunlar getirmektedir. Yaşlılarda bir ya da daha

fazla kronik hastalık olması nedeniyle yaşam biçimi değişiklikleri, kronik hastalıkların neden olduğu psikolojik sorunlar oluşabilmektedir (127).

Yaşlanma ile birlikte çeşitli kognitifsel durumlarda değişiklikler meydana gelmektedir. Örneğin, algılamada sorunlar, dikkatsizlikler, unutkanlıklar, yeteneklerde azalma, düşünme hızı ve öğrenme yeteneğinde azalmalar görülebilir (128,129).

2.2.2.4. Medeni Durum

Medeni durum da bireylerin sosyal ilişkilerine ve özel hayatlarına yön verdiği için yaşam kalitesi üzerinde oldukça önemli bir değere sahiptir (130,131).

Bireyin evli, bekar, dul yada boşanmış olması yaşam kalitesini hem olumlu hem de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Örnek vermek gerekirse, bekâr veya evli olmak toplumlarda kabul gören ve olması gereken bir halken, özellikle yarı gelişmiş veya gelişmemiş toplumlarda medeni halin boşanmış ya da dul olması fazlasıyla yadırganmaktadır. Bu gibi yadırganmalar toplumdaki yaşam kalitesinin ciddi anlamda az olduğunun bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (132,133).

Bu gibi toplumlarda kadın erkek eşitsizlikleri kadına ayrı bir sorumluluk yükleyerek namus kavramı ile örtüştürülmüştür. Bu nedenle kadınlar boşanmış yada dul olduklarında toplumda erkeklere oranla toplulukta daha fazla dışlanmaktadır. Yine bu faktörde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (134).

2.2.2.5. İş

Bireylerin işte yaşamlarında geçirdikleri süre matematiksel olarak hesaplandığında hayatımızın büyük bir kısmının işte geçtiği görülmektedir. Bu nedenle, kişilerin mesleki yaşantısı ve bu çerçevede yaşadığı durumlar hayatının tüm alanını kapsamaktadır (135).

Mesleki yaşantıda yer alan başarılı veya başarısız durumlar, toplumsal katılım ve sosyal ilişkiler yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (136). Bireylerin meslek hayatı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda yüksek meslek tatmini ile yaşam tatmini arasındaki kuvvetli bir ilişki olduğu ifade

edilmektedir Bu da bize bireylerin iş doyumunu duygusunun önemli olduğunu ortaya koymaktadır (137,138).

Kişilerin yaptığı işten keyif alması psikolojik olarak tatmin olması yaşam kalitesini artırırken tersi durumda yaşam kalitesi oldukça düşük mutsuz bireyler ortaya çıktığı görülmüştür (137,139). İş yaşantısının olmaması da aynı şekilde bireyleri etkilemektedir. Bununla ilgili yapılan çalışmada uzun süreli işsizliğin ve iş aramanın mental, ruhsal ve fiziksel sağlığı olumsuz etkilediği saptanmıştır (140).

2.2.2.6. Eğitim Öğrenim Durumu

Yaşam kalitesini etkileyen bir diğer etmen ise bireylerin eğitim öğrenim durumudur. Kişilerin eğitim öğrenim durumları ile iş hayatındaki başarısı arasında doğru bir orantı vardır. Eğitim seviyesi yükseldikçe başarı artmaktadır. Sosyal imkanlarda artma, sağlıklı yaşama, nitelikli hayat gibi birçok alanda doyuma ve mutluluğa erişim söz konusudur. Bunun sonucunda yaşam kalitesi de olumlu yönde etkilenir (139).

2.2.2.7. Sağlık

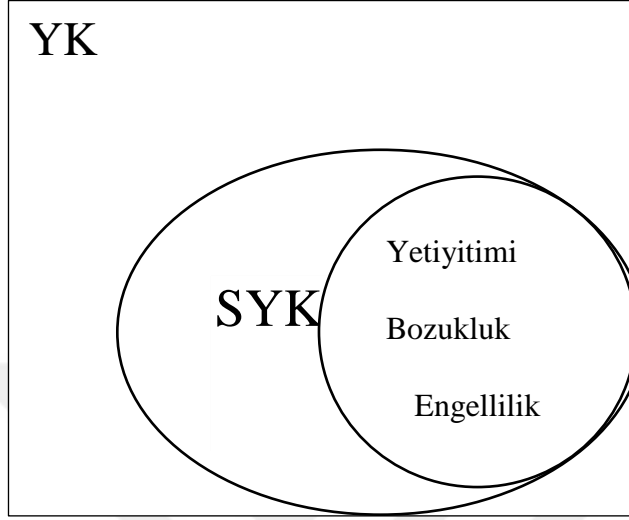
Literatürde yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi sağlık ile ilişkilidir (141).

İnsanın sağlıkla ilgili sıkıntıları kişiyi sosyokültürel açıdan kısıtlaması, hayattan beklentileri ve bu beklentileri karşılama isteğini azaltmasından dolayı birbiriyle ayrı düşünülemez kavramlardır. Sağlık kavramı ile yaşam kalitesi kavramları birbirinin içine geçmiş bir halka gibidir. Birbirinden bağımsız değildir Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir (Şekil 4) (141,142).

Mevcut sağlık durumunun, hastalığa ilişkin yapılan tedavi ve rehabilitasyonun sonuçlarının yorumlanmasında, bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek önemlidir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen, genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili kavramsal bölümü bireylerin sağlık ve hastalık durumundaki memnuniyet veya memnuyetsizliklerini, bunlardan hissettiği duyguları içerir (143,144).

ICF'de ise sağlığın bileşenleri yada kavramların birbiriyle olan ilişkileri söz konusudur. Bireysel etmenler ICF'de yaşam kalitesinin değerlendirmesinde daha

kapsamlı ve önemli bilgi vermektedir (145). Şekil 3'te yaşam kalitesi ile sağlık arasındaki ilişki gösterilmiştir.



Şekil 4: Yaşam Kalitesi ile Sağlık arasındaki ilişki

2.2.2.7.1. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesini değerlendirmede oldukça sık kullanılan jenerik ve hastalığa spesifik anketler bulunmaktadır (146).

Jenerik ölçekler: Geniş hasta gruplarına birçok durumda uygulanabilen ölçeklere jenerik ölçekler denir. Jenerik ölçekler genel ve özel bir sağlık sorununa veya hastalığa spesifik bir değerlendirme yapmazlar. Bu nedenle değişimleri değerlendirme yönleri eksiktir. Fakat farklı kişilerin hastalık durumlarını karşılaştırma ve homojen olmayan hasta kişileri değerlendirme jenerik ölçekler sayesinde yapılabilir (147).

Hastalığa Spesifik ölçekler: Belirli bir hastalığa ilişkin geliştirilmiş olup, daha çok o durum ya da o hasta popülasyonu ilgilendiren sağlık durumu ya da işlevsellik alanlarını inceleyen ölçek türleridir (148). Değişime duyarlılıkları yüksektir. Hastalığa spesifik ölçeklerin en önemli yanı hastalığa ilişkin progresyonu takibe izin vermeleridir (149,150).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini İnceleyen Ölçek Çeşitleri

1-Jenerik Ölçekler

- Assessment of Life Habits (LIFE-H)
- Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART)
- Community Activities Checklist (CAC)
- McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)
- Facilitators and Barriers: Survey of Environmental Influences on Participation
- Among People with Lower Limb Mobility Impairments and Limitations (FABS/M)
- Impact On Participation And Autonomy Questionnaire (IPAQ)
- London Handicap Scale (LHS)
- Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile)
- Participation Objective, Participation Subjective (POPS)
- World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)
- Participation Survey /Mobility (PARTS/M)
- Perceived Handicap Questionnaire (PHQ)
- Rehabilitation Activities Profile (RAP)
- Reintegration to Normal Living Index (RNLI)
- Social Functional Autonomy Measurement System (social SMAF)
- WHO Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)
- Short Form Health Survey (SF-36)
- Nottingham Health Profile (NHP)
- Medical Outcome Study General Health Survey
- Duke Health Profile
- Index of Well-Being (IWB)
- Spritzer Quality of Life Index (SQLI)
- Dartmouth COOP Function Charts
- Keele Assesment of Participation (KAP)

2- Hastalığa Spesifik Ölçekler

- Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ)
- McGill Pain Questionnaire (MPQ)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index
- Brain Injury Community Rehabilitation Outcome 39 (BICRO 39)
- Duruöz Hand Index (DHI)
- Community Integration Questionnaire (CIQ)
- Mayo Portland Adaptability Inventory (MPAI-4)
- Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)
- Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)
- Subjective Index of Physical and Social Outcome (SIPSO)
- Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS)
- Harris Hip Score (HHS)
- Health Assessment Questionnaire (HAQ) (44,151,152,153,154,155,156).

Sağlık alanında yapılan birçok çalışmada yaşam kalitesi üzerinde durulmaktadır. Farklı toplumlarda geliştirilen ölçekler araştırmacılar tarafından kültürlerine uyarlanarak ölçeklerin evrensel olarak uygulanabilirliğini sağlamaktadır. Bu yöntem sayesinde farklı kültürlerden elde edilen bulguların toplanıp karşılaştırma olanağı sağlamaktadır (157,158).

2.2.2.8. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)

GYA kişilerin standart yaşamı içinde yaptıklarıdır. Kişilerin her alanda ihtiyaçlarını gerçekleştirirken yaptığı fiziksel aktiviteler günlük yaşam aktivitesi olarak değerlendirilir. Bireyin kendisini gerçekleştirme, keşfetmesi, yenilemesi ve ifade etmesinde çok önemlidir (159,160).

Yaşam kalitesinde bireylerin günlük hayattaki işlerini sürdürebilmesi büyük önem taşımaktadır. Yaşın artmasıyla birlikte yürüyüş, basamak çıkma, ayağa kalkma, oturma gibi aktiviteler GYA'yı kısıtlamaktadır. Çünkü yaşlanma ile birlikte kardiyovasküler, kas iskelet ve nöromusküler sistemlerde görülen olumsuz

değişiklikler, bu aktiviteleri zorlaştırarak, bireylerin GYA'larını kısıtlamakta ya da engellemektedir. Bu nedenle kendi kendine yetebilme duygusu yitirmeye başlanmaktadır (161,162).

Yaşam kalitesini değerlendiren birçok çalışmada bireylerin GYA'larını ölçen sorular bulunmaktadır (163,164,165).

2.3. Katılım

DSÖ “Herkes için sağlık 2000” konulu stratejik uygulamasında bireyler için toplumsal katılıma önem vermiştir. Katılım kavramı son zamanlarda klinisyenlerin ve araştırmacıların dikkatini çekmiştir (166).

ICF sınıflamasındaki katılım alanları, kişiler arası etkileşimler ve ilişkiler, ev ortamı, eğitim, mesleki yaşantılar, toplumsal hayat, sosyal hayat ve vatandaşlık görevleridir (5).

Toplumsal Katılım kavramı, ICF sınıflandırmasındaki katılım kavramıyla hemen hemen aynı anlamı ifade etmektedir (167). ICF'e göre katılım kavramı, toplumsal hayat içinde var olmak şeklinde tanımlanmıştır (168).

Toplumsal Katılım kavramını bir başka şekilde ele alan Willer ve arkadaşlarına göre bu kavram için 3 alan belirlenmiştir. Bunlar: ev katılımı (kişinin ev aktivitelerine aktif katılımı); üretici aktiviteler (kişinin uğraştığı iş, eğitim ve gönüllü aktiviteler); sosyal katılım (kişilerarası ilişkiler ve ev dışı çeşitli aktivitelere katılım) şeklindedir (169).

Engellilik modelinde yer alan Quebec Sınıflandırması'nda ise toplumsal katılım genel olarak yaşam alışkanlıklarının yerine kullanılır. Bireyin yaşam alışkanlıkları, karakter özelliklerine, kültürel ve sosyal durumuna ve günlük aktivitelerine göre değerlendirilir. Bireyin yaşam alışkanlıklarındaki performansı, kişinin hayatı boyunca toplumda yaşamına kaliteli şekilde devam etmesine olanak sağlar (170,171,172).

Katılım, aktivite ile birlikte 9 bileşenle ifade edilmiştir (Şekil 5) (173).

ICF'e göre aktivite ve katılım bileşeni



Bilgiyi elde etme ve bunu kendi yaşamına aktarabilme
Kişisel bakım aktiviteleri
Toplumsal yaşam
Genel sorumluluklar
Esas yaşamsal alanlar (eğitim, iş ve ekonomik hayat)
Kişisel ilişkiler
Sosyal yaşam
Vatandaşlık görevleri
Sosyal İletişim

Şekil 5: Aktivite ve Katılım Bileşenleri

Aktivite ile katılım farklı kavramları ifade eder. Çünkü aktivite durumu kişiye bağlıdır. Katılım durumunun belirlenmesi için ise hem sosyal hemde bireysel faktörler göz önünde bulundurulur. Katılım seviyesi değerlendirilirken bazı normlar vardır. Bu normlar belli bir topluma aittir. Her kültürde farklılık gösterir. Bundan dolayı katılım aynı toplumda yaşayan fakat farklı sosyal ve çevresel faktörlerle karşı karşıya kalan kişiler için de değişkenlik gösterebilir (174,175,176).

Katılım değerlendirilirken iki farklı yaklaşım kullanılır. Objektif katılım da bireyler toplumsal bakış açısıyla değerlendirilir. Aynı özellikleri taşıyan biri engelli diğeri engelli olmayan kişinin aktiviteleri ve hayat tarzları kıyaslanarak katılımın

kısıtlanma düzeyi belirlenir. Subjektif katılım ise tamamen kişisel algılarla şekillenmiştir (177).

Kişinin kendi gereksinimlerini ve sorunlarını anlayabilmek için kendi değerlendirmelerini ele alır. Objektif değerlendirmeye gözlenemeyen bilgiyi sağlar. Hasta tedavisinde yalnızca hastanın medikal durumu değil aktivite, katılım ve yaşam kalitesinin de değerlendirilmesi gerekir (178,179,180,181).

2.3.1. Toplumsal Katılımın Değerlendirilmesi

Literatürde Toplumsal Katılım değerlendirilmesine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Orijinal adlarıyla beraber aşağıda yer verilmiştir. Bunlar:

- Aktivite Katılım Anketi (Activity Participation Questionnaire, APQ)
- Katılım ve Otonomi Etki Anketi (Impact on Participation and Autonomy Questionnaire-IPAQ)
- Fonksiyonel Durum Anketi (Functional Status Questionnaire, FSQ)
- Bireysel ve Sosyal Performans (Personal and Social Performance, PSP)
- Sosyal Fonksiyon Skalası (Social Functioning Scale, SFS)
- Keele Katılım Değerlendirilmesi (Keele Assessment of Participation, KAP)
- Toplumsal Katılım Göstergeleri (Community Participation Indicators, CPI)
- Toplumsal Entegrasyon Anketi (Community Integration Questionnaire, CIQ)
- Normal Yaşama Reintegrasyon İndeksi (Reintegration to Normal Living Index, RNL)
- Kanada Aktivite Performans Ölçümü (Canadian Occupational Performance Measure - COPM)
- Craig Engellilik Değerlendirme ve Rapor Etme Tekniği Kısa Form (Craig Handicap Assessment and Reporting Technique- Short Form-CHART-SF)
- Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 2 yer almaktadır. (World Health Organisation Disability Assessment Schedule, Second Version, WHO-DAS-II)

Fonksiyonel Durum Anketi (FDA)(Functional Status Questionnaire, FSQ)
Fonksiyonel Durum Anketi, hasta için kendi kendine uygulanan fonksiyonel bir

değerlendirme yöntemidir. Hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve rol fonksiyonları hakkında bilgi sağlar (182). FDA, semptomların günlük yaşamı nasıl etkilediğini değerlendiren 8 maddeden oluşmakta olup, her bir madde 1-5 arasında puanlanmaktadır. FDA skorları; zorluk çekmemek (toplam skor=8), hafif zorluk derecesi (toplam skor= 9-16), orta derecede zorluk (toplam skor=17-24), şiddetli zorluk (toplam skoru=25-32) ve çok şiddetli zorluk (toplam skor=33-40) olmak üzere kategorilere ayrılmıştır. Skalanın toplam skoru, toplam puanın soru sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bireyin puan ortalamasının yüksek olması fonksiyonel durum kapasitesinde yetersizliğin arttığını gösterir (183).

Sosyal Fonksiyon Skalası (SFS)(Social Functioning Scale, SFS)

Birchwood ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Şizofreni tanılı bireylerin gereksinim ve bozulmalarını değerlendirmek üzere tasarlanmış bir ölçektir (184). Kişinin bütün sosyal rollerine yapılan, yargıyı gerektiren, rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır (185). Temel yetileri, sosyal davranışı niceliksel olarak değerlendirir ve performans eksikliğini yeterlilik eksikliğinden ayırt eder. Yedi bölümden oluşur: sosyal çekilme, kişiler arası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik, bağımsızlık-performans, meslek. Hem hasta için hem de hasta yakını için sorular bulunur ve kendini değerlendirme ölçeği biçimindedir (186,187). Yönergesi ölçeğin başında yer alır ve hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri bildirilir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Erakay ve ark. tarafından yapılmıştır (188).

Bireysel ve Sosyal Performans (BSP) (Personal and Social Performance,PSP)

BSP, karşılıklı görüşme sonrası görüşmecinin doldurduğu bir ölçektir. Toplam 4 alanda 6'lı likert ölçeğidir. Sosyal alanlarda faydalı faaliyetler, bireysel ve toplumsal ilişkiler, kişisel bakım rahatsız edici ve saldırgan davranışlar alanlarından oluşur. 6'lı likert değerlendirme ise; yok, hafif, görünür düzeyde, belirgin, şiddetli ve çok şiddetli olarak belirlenmiştir (189). İlk aşama da bireye bu 4 alanda değerlendirme yapılır.İkinci aşama da ise BSP değerlendirmesine göre bu alanlardan aldığı sonuçlar 10'arlı dilimler halindeki puanlama cetveline geçirilerek hastaya 0 ila 100 arasında bir toplam BSP puanı verilmektedir. Ölçeğin geliştirilmesi çalışması Morosini ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (189,190). Bu ölçeğin, ileri

psikometrik analizler yapılarak ölçeğin ölçmedeki duyarlılığı ve madde yanıt aralıkları ortaya konmuştur (191).

Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 2 (YDÇ2) (World Health Organisation Disability Assessment Schedule, Second Version, WHO-DAS-II)

DSÖ tarafından geliştirilmiştir.YDÇ 2 genel popülasyona yöneliktir (192). Bu anket, birey aktiviteler yaparken ne derece zorlukla yaptığını ölçmektedir.

YDÇ 2, 6 alandan oluşmaktadır. Bunlar:

1-Biliş,

2-Hareket,

3-Kendine bakma,

4-İnsanlarla geçinme,

5-Yaşam etkinlikleri,

6-Topluma katılma şeklindedir.

Ölçeğin her maddesinde son 30 gün içinde işlevselliğin belirli alanlarında bireyin ne kadar zorluk çektiğinin 5’li Likert skalası üzerinde “hiç, biraz, oldukça, çok veya aşırı” şeklinde puanlanması gerekmektedir. Ölçeğin üç versiyonu bulunmaktadır (193,194). Ölçekte 3 adet form vardır. Bunlar: öz bildirim formu, vekil formu ve görüşmeci formudur. Vekil formu, hasta anketi dolduramıyorsa bir yakını tarafından doldurulmak üzere tasarlanmıştır. Ölçeği dolduranlar tarafından sorulara 5’li Likert skalası üzerinde verilen yanıtlar, DSÖ’nün önerdiği basit puanlama sisteminde 1-5 arasında, kompleks puanlama sisteminde ise 0-4 arasında kodlanmaktadır (195,196). Ancak bu durumun yarattığı kafa karışıklığı nedeniyle, kimi araştırmalarda basit puanlama yapılırsa dahi 0-4 arası kodlamanın yeğlendiği görülmektedir (197). Bu çalışmada da katılımcıların yanıtları 0-4 arasında (0=Hiç, 1= Biraz, 2= Oldukça, 3=Çok, 4=Aşırı) skorlanmıştır (198).

Toplumsal Entegrasyon Anketi (TEA)(Community Integration Questionnaire, CIQ)

TEA, toplumun bakış açısıyla katılımı değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. Bu anket Willer tarafından kafa travması geçirmiş kişilerin toplumsal katılımlarını

değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (169). Kişinin ev ve aile yaşamına, sosyal aktivitelere ve üretici aktivitelere katılımlarını değerlendiren 15 sorudan oluşan bir ankettir. Birçok maddesi 3 cevap seçeneği içerir ve toplam skor 29'dur (0= Katılım yok, 29= Tam katılım) (199).

Toplumsal Katılım Anketi (TKA) (Community Integration Questionnaire, CIQ)

Bireyin toplum içindeki katılımını gözlemlemek için kullanılan bir yöntemdir (200). Toplumsal katılım anketi (TKA) 15 başlıktan oluşur. Bu da bireylerin ev, aile yaşamı, sosyal aktiviteler ve iş aktivitelerini değerlendirmede kullanılır. Bu 15 başlığın çoğu 0-2 puan arasındadır. Puanın 2 olması, daha fazla bağımsızlık ve bütünlük göstergesidir (201). Eski çalışmalarla 3 alt puanlaması yapılmış: ev aktivitesi 10 puan; sosyal aktivitesi 12 puan, iş aktivitesi 7 puan dır. 0'dan 29'a kadar olan toplam puan hesaplanır. TKA'nın iki versiyonu bulunmaktadır. Biri hasta tarafından diğeri ise hasta aileleri tarafından doldurulur (202).

Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) (Canadian Occupational Performance Measure- COPM)

KAPÖ, bireyin aktivite performans alanlarındaki sorunlarını çözmeyi hedefleyen görüşme niteliğindeki bir ölçüm yöntemidir. KAPÖ; Kendine bakım (Günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri), üretkenlik (eğitim ve iş) ve boş zaman (oyun, boş zaman ve sosyal katılım) alanlarındaki aktivite performansını ve bu performanstan tatmini, kişinin algısıyla değerlendiren bir ölçüm aracıdır (203).

KAPÖ'nün güvenilirlik çalışması Law ve Stewart tarafından 1996 yılında çocuklar üzerinde yapılmıştır (204). COPM, resmi olarak 22 dile çevrilmiştir ve 35'den fazla ülkede kullanılmaktadır (203,205).

Bu ölçüm aracının skorlaması şu şekildedir: ilk olarak bireyden günlük yaşamı sırasında kendine bakım, üretkenlik ve boş zaman alanlarındaki problemlerini belirlemesi ve bu belirlediği problemlerin önemini 1 ila 10 arasında (0- hiç önemli değil, 10-çok önemli) bir değer vererek puanlaması istenmiştir. Bir sonraki aşamada bireyden onun için en önemli 5 aktiviteyi seçip her bir aktivite için kendi performansını ve bu performansından duyduğu tatmini kendisine 0 ila 10 arasında bir değer vererek derecelendirmesi istenmiştir. Son olarak elde edilen performans ve

tatmin puanları toplanıp bireyin önemli olduğunu belirttiği aktivite sayısına bölünerek performans tatmin puanları elde edilmiştir (206,207).

Craig. Engellilik. Değerlendirme. ve .Rapor. Etme .Tekniği. .Kısa Form. (Craig Handicap Assessment and Reporting Technique- Short Form- CHART-SF)

Bireylerin toplumsal yaşamdaki engellilik düzeyini belirlemek için ilk olarak spinal kord yaralanmalı kişiler için geliştirilen CHART değerlendirme metodu inme, travmatik beyin yaralanması, multiple skleroz gibi değişik popülasyonlarda da kullanılmaktadır (208). Bu ölçek kişilerin sosyal rollerini ne ölçüde yerine getirebildiğini subjektif yorumdan çok ölçülebilir kriterlere dayandırarak değerlendirir (209).

Fiziksel bağımsızlık, kognitif bağımsızlık, mobilite, aktivite, sosyal adaptasyon ve ekonomik olarak bireylerin toplumdaki engellilik seviyesini belirlemek için kendine yetme alanlarında 32 soru ile katılımını değerlendirir. Bu ölçekte puanlama bireyin katılım derecesine göre her alan için 0-100 puan arasında bir puan verilerek yapılır. CHART'ın toplam skoru 6 alandaki skorların toplamından oluşur. Değerlendirmeden alınacak yüksek puan katılımı ifade ederken, puanının düşmesi toplumsal katılımın azaldığını gösterir. Maksimum skor olan 100 puan, engelliliği olmayan kişinin katılım düzeyini ifade eder (210,211). CHART kısa form (CHART- SF), 1999 yılında CHART'ın tekrar gözden geçirilmesi ile 19 soruya indirgenerek oluşturulmuştur. CHART'ın Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Dijkers ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (212).

Katılım ve Otonomi Etki Anketi (KOE) (Impact on Participation and Autonomy Questionnaire-IPAQ)

KOE, Cardol ve ark tarafından geliştirilmiştir (45). KOE anketi ilk defa Hollanda'da geliştirilmiştir (213). KOE İngiliz, İsveç, Fransız, Danimarka, Fars dillerine çevrilmiştir. Bireylerin kendilerinin doldurduğu yada anketör yardımıyla doldurabilecekleri şekilde düzenlenmiş olup uygulaması yaklaşık 20 dakika sürmektedir (213,214).

Normal Yaşama Yeniden Katılım Endeksi (NYYKE) (Reintegration to Normal Living Index, RNL)

NYYYKE, aktivite ve günlük yaşam ile ilgili 8 alt başlık altında toplanır. Bunlar;ev içi mobilite, toplum içinde mobilite, şehir dışına seyahat edebilme, kendine bakım ihtiyaçları, günlük yaşam ve iş aktiviteleri, boş zaman aktiviteleri, sosyal roller ve aile içindeki roller şeklindedir (215,216).

Keele Katılım Değerlendirilmesi (KKD) (Keele Assessment of Participation, KAP)

Keele Katılım Değerlendirmesi, Ross Wilkie ve arkadaşları tarafından 2005 yılında Keele Assesment of Participation adıyla geliştirilmiştir. KKD, Keele Üniversitesinde geliştirilmiştir. Anketin adı, çalışmanın yapıldığı üniversitenin adından gelmektedir. Bu anketin orjinal dili İngilizce'dir (217).

KKD ile çalışmaya katılan bireylerin kendi algısıyla toplumdaki katılımlarını değerlendirir. Genel popülasyonda yetişkinlerde kullanılmak üzere jenerik ölçüm aracı olarak tasarlanmıştır (218).

Ross Wilkie ve arkadaşları yaşam kalitesini ve katılımı değerlendiren çalışmaları inceleyerek KKD ölçeğini 50 yaş üstü bireylere uygulayarak geliştirmişlerdir (14).

KKD, epidemiyolojik araştırmalarda popülasyondaki büyük grupları tanımlamak ve birbirinden ayırt etmek için kullanılmıştır (15).

2.4. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

Bir ölçeğin belirli bir kültüre ait örnekleme uygulanabilmesi ve ölçeğin standart bir şekle dönüştürülmesi için ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olmalıdır (219).

2.4.1. Ölçek Uyarlaması

Bir kültürde geliştirilmiş bir ölçeğin farklı bir kültür ya da dile uyarlanması için sistematik olarak incelenmesine "ölçek uyarlaması" denir. Bir ölçeğin başka bir topluma uyarlanması; ölçeğin psikolinguistik ve psikometrik özelliklerin incelenmesi ile yapılır (220).

Ölçek uyarlaması ve düzenlemesi, ölçeğin uygulanabileceği kültüre ne kadar uygun olduğu, uygulanan kültürün psikometrik özelliklerinin ne kadar yeterli olduğu gibi

birçok soruya cevap arandığı ve ölçeğin çevirisinin farklı bir kültüre yapıldığı süreç olarak tanımlanabilir (221).

Ölçek uyarlama, düzenleme ve geliştirme oldukça uzun bir süreci kapsamaktadır. Ölçek uyarlamak, ölçeği ilk kez oluşturan araştırmacının yaptığı çalışmanın birçok basamağını yeniden yapmayı gerektirir (222).

2.4.1.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Bireylerin durumlarını, hastaların tedavilerini ve rehabilitasyon etkinliklerini ölçmek için çeşitli ölçekler, skalalar, anketler ve indeksler kullanılabilir. Ölçeklere cevap verme iki şekilde gerçekleşir. Birincisi, bireylerin kendisinin cevapladığı sorular, ikincisi araştırmacının cevapladığı sorulardır (223).

Anket uygulama yöntemi ise yüzyüze, posta, telefonla ve bilgisayar ile anketi geliştirme olmak üzere dört başlık altına toplanabilir. Geliştirilen anketlerin çoğunluğunda hedef popülasyon İngilizce konuşan ve anlayabilen bireyler olduğu için farklı bir dil konuşan toplumlarda kullanımı çevirilerin yapılmasına bağlıdır. Ancak anketin, farklı bir dili konuşan topluma uygulanabilmesi için basit bir çevirisi yeterli değildir. Anketin linguistik olarak kültürler arası uyumunun yapılması gerekmektedir. Çünkü hastalıklarla ilgili ifadeler kültürler arasında farklılık gösterebilir ve o kültüre veya dile özgün ifadeler yer alabilir (224,225).

Ölçeklerin kültürel adaptasyon çalışması belirli kurallar içerisinde yapılmalıdır. Bu aşamada en sık kullanılan yöntem Beaton ve arkadaşlarının 2000 yılındaki çalışmasında belirttiği 5 aşamalı çeviri-geri çeviri yöntemidir (226).

1. Başlangıç çevirisi: 2 farklı çevirmen ölçeği istenilen dile çevirir (Ç1 ve Ç2). Bu çevirmenlerin orijinal dile ileri derece hakim olmaları istenir. İki çevirmenden birisi ölçeğin alanında uzman iken diğeri ölçeğin alanının dışında olmalıdır.
2. Çevirilerin sentezi: Çeviriler bittikten sonra 2 farklı çevirmen toplanarak, metnin orijinalliği bozulmadan ve 2 çevirmen tarafından yapılan metni birlikte inceleyerek tek bir çeviri oluştururlar (Ç12).

3. Geri çeviriler: Ç12, ana dili orijinal dil olan iki çevirmen tarafından birbirinden ayrı olarak yeniden orijinal dile çevrilir (GÇ1 ve GÇ2). Bu iki çevirmen, üzerinde çalışılan ölçeğin orijinalini görmemiş olmalıdır.
4. Uzman komitenin toplanması: Her iki geri çeviriyi yapan çevirmenler bir araya gelerek GÇ1 ve GÇ2'yi tek bir form haline getirir (GÇ12). Bu aşamada ölçeğin içerik olarak anlamından uzaklaşmadığının anlaşılması için ölçeği geliştiren yazara GÇ12 gönderilerek fikri alınır. Tüm çevirmenler GÇ12 ile orijinal ölçeği karşılaştırarak gerektiğinde Ç12 üzerinde değişiklik yapar. Son durumda Ç12 ön test için kullanılacak ölçek haline gelir.
5. Pilot uygulama: Ön test aşamasıdır. Minimum 5-10 kişi olmak üzere bir gruba hazırlanan ölçek uygulanır ve anlaşılamayan sorular veya ifadeler not edilir. Nasıl daha iyi anlaşılabilir sorular. Gereken durumda ölçek üzerinde düzeltmelere gidilir.

2.4.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçeklerin psikometrik özelliklerinin incelenmesi geçerlik ve güvenirlik analizleriyle yapılmaktadır. Geçerlik ve güvenirlik bir ölçüm aracında en gerekli iki temel özelliktir ve bir ölçeğin standardize olabilmesi için bu iki niteliğe sahip olması gerekmektedir. Geçerli ve güvenilir olmayan bir ölçeğin kullanılması doğru sonuçlar vermeyecektir (227).

Geçerlik ve Güvenirlik Analizi

Geçerlik, bir ölçüm aracının ölçmesini istediğimiz bileşenleri ne derece kapsadığını ya da yansıttığını gösteren bir özelliktir. Güvenirlik ise ölçüm aracının duyarlı, tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesidir. Bir ölçme aracının hem geçerli hem de güvenilir olması beklenir (228).

Güvenirlik

Güvenirlik geçerlik için ön koşuldur. Bir ölçeğin güvenirliği denildiğinde akla homojenliği, stabilliği, kararlılığı, zamana karşı değişmezliği veya iç tutarlığı gelmelidir (229).

Değişmezlik veya Kararlılık: Bir ölçeğin benzer koşullarda ve belirli bir zaman aralığında uygulandığında, elde edilen veriler arasındaki ilişkinin anlamlılığı, ölçeğin değişmezliğini, tutarlılığını veya kararlılığını göstermektedir. Bir diğer ismi zamana karşı değişmezliktir. Zamana karşı değişmezlik testi için en sık kullanılan yöntem test-tekrar test güvenilirliği yöntemidir. Aynı testin aynı örnekleme belirli bir zaman aralığından sonra yeniden uygulanması yöntemi ile yapılır. Bireylerin test-tekrar test değerlendirmeleri sonucu ölçekten aldıkları puanlar arasındaki korelasyon değeri kadar güvenilirlik vardır. Bu değerlendirme için ölçeğin iki puanlama arasında uygun korelasyon analizi yapılır. Korelasyon katsayıları 0 ile +/-1 arasında değişmektedir. Değer +1' e yaklaştıkça güvenilirlik yüksek olarak düşünülür. Korelasyon katsayısının + olması iki ölçüm arasında pozitif ilişki, - olması negatif ilişki, 0.00 olması ise bir ilişki olmadığını göstergesidir. Bu analiz için önemli olan ölçülen özelliğin beklenen zaman aralığında değişiklik göstermemesidir (230,231).

İç Tutarlılık: Bir ölçeğin iç tutarlılık özelliğinin olması için, ölçeğin alt bölümlerinin hepsi aynı özelliği ölçmelidir. İç tutarlılığı hesaplama yöntemleri; yarıya bölme, madde toplam korelasyon katsayısı, Kuder Richardson 20 yöntemi ve Cronbach's alfa katsayısı hesaplama yöntemleridir. En sık kullanılan Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı analizleridir. Cronbach's alfa katsayısı, 0.00 ile 1.00 arasında değerler alır ve 1.00'e yakın değerler alması güvenilirliğin yüksek olduğunun göstergesidir.

Geçerlik

Geçerlik, ölçeğin ölçülmesi istenen durumu ne kadar doğru ölçebildiğiyle ilgili özelliğidir. Ölçeklerde aranacak öncelik geçerliktir. Çünkü güvenilir bir test her zaman geçerli olmayabilir. Ölçeklerin geçerlik düzeyi, geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır. İlişki katsayısı -1.00 ile +1.00 arasında değerler alır. Bir ölçekte hesaplanması yapılan ilişki katsayısı ne kadar yüksek çıkarsa o ölçek hedeflenen bilgiye ulaşmada o kadar iyi demektir (219).

Geçerlik katsayısının düşük bulunması, sadece ölçekten elde edilen değerlerle kriter değerleri arasındaki ilişkinin zayıflığından kaynaklanmaz, aynı zamanda elde edilen

değerlerin güvenilirliklerinin tam olmayışından da kaynaklanabilir. Bir ölçeğin değerlerinin güvenilir çıkması onun her zaman geçerli olabileceği anlamına gelmez. Bu sebeptendir ki geçerlik katsayıları ile güvenilirlik katsayıları birlikte yorumlanmalıdır (219,232).

Geçerlik analizleri üç yöntemle yapılmaktadır (232).

1-Kapsam Geçerliği:

Anket kapsamının belirlenmesi anket geçerliğinde aranması gereken özelliklerdendir. Uzman görüşü alınması kapsam geçerliğinde en sık kullanılan yöntemdir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe ve Davis teknikleri kullanılmaktadır. Davis tekniğinde uzman görüşleri (a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “Madde uygun değil” şeklinde dördü derecelendirilmektedir. Bu yöntemde her maddede (a) ve (b)'yi işaretleyen uzmanların sayısı toplandıktan sonra bu değer toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ait “Kapsam Geçerlik İndeksi“ (KGI) hesaplanmaktadır. Bu yöntemlerin en büyük yararı uzmanların ölçek hakkındaki nitel görüşlerinin nicel veriye dönüştürülmesidir (233).

2-Yapı Geçerliği:

Ölçekten alınan puanların ne anlama geldiğini ifade eder. Yapı geçerliğini belirlemede faktör analizi en sık kullanılan yöntemdir. Faktör analizi açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri olmak üzere iki yöntemle yapılabilmektedir (234).

Açıklayıcı faktör analizi bir veri kümesinin içerdiği temel yapıları inceler. Analizlerle ortaya çıkan faktörler ile veri matrisindeki değişkenlerden yararlanarak faktörler ile değişkenler arasında bir uyum yani yüksek korelasyon değerine sahip olup olunmadığı doğrulanır. Doğrulayıcı faktör analizi, açıklayıcı faktör analiziyle ortaya çıkan değerlerinin faktör yapılarına uygunluğunu test eder (225).

3-Ölçütlere Dayalı Geçerlik veya Kriter Geçerliği:

Test edilen ölçeğin, aynı özellikleri ölçen başka bir ölçüm aracı ile benzer sonuçlar vermesidir. Ölçütlere dayalı geçerlik uygulamasının en büyük avantaj tarafsız, basit

ve kolay olmasıdır. En sık kullanılan yöntem eş zamanlı geçerlik yaklaşımıdır. Bunun için aynı kültürde kullanılan, aynı psikometrik özelliklere sahip başka bir ölçme aracının puanları ile yeni ölçme aracının puanı arasındaki korelasyon araştırılır. Bu iki ölçüm aracı arasındaki yüksek korelasyon katsayısı yeni ölçme aracının eş zaman geçerliği sağladığını gösterir (219).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma metodolojik türde bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Planı

Araştırmanın amacı, Keele Katılım Değerlendirmesi (KKD)'nin Türkçe uyarlamasının yapılması, geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesidir.

Tez Taslak Planı:

1. Kurum izinlerinin alınması
2. Etik kurul başvurusu
3. Anketin Türkçeye çevrilmesi
4. Verilerin toplanması
5. İstatistiksel analizlerin yapılması
6. Tez yazımı şeklindedir.

Çalışmanın Kasım 2017-Ekim 2018 tarihleri arasında 11 aylık bir sürede gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

Anketin Türkçeye çevrilmesi, pilot çalışmasının yapılması, ankete son halinin verilmesi aşamaları Kasım 2017-Şubat 2018 tarihlerinde yapılmıştır. Anketin örnekleme uygulanması, verilerin girilmesi aşamaları Şubat-Nisan 2018 tarihlerinde yapılmıştır.

Tezin yazımı için literatür taraması ve kaynakların toplanması Kasım 2017 itibari ile başlatılmıştır.

Tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne teslimi Kasım 2018 de gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Etik İlkeleri

KKD'nin Türkçe'ye uyarlanması için ölçeği geliştiren Ross WILKIE'den email yoluyla izin alınmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Palmiye Alışveriş Merkezinden yazılı izin alınmıştır.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan 27 numaralı karar yazısı ve 170058 protokol numarasıyla etik kurul onayı alınmıştır.

Bu araştırma, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 18/039 kod numaralı, "Keele Katılım Değerlendirmesinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı proje ile desteklenmiştir.

Bireylere araştırma hakkında detaylı bilgilendirme yapıldıktan sonra Aydınlatılmış Onam Formu yazılı olarak sunulmuştur. Bireyler Aydınlatılmış Onam Formunu kendi gönül rızalarıyla imzalamışlardır. Bu çalışmada gizlilik esas alınmıştır ve tüm etik değerler göz önünde bulundurulmuştur.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini İzmir Palmiye Alışveriş Merkezine gelen 50 yaş üstü bireyler oluşturmuştur. Katılımcılar 50 ile 78 yaş arasındadır. Araştırmanın örneklemini Şubat 2018 tarihi ile Nisan 2018'e kadar olan sürede, İzmir Palmiye Alış Veriş Merkezine gelen çalışmaya katılmaya gönüllü olan 150 birey alınmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü geçerlik güvenirlik çalışmalarında kullanılan "madde sayısı x 5-10" formülü temel alınarak (15x10=150) hesaplanmış ve 150 gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir (235).

3.5. Verilerin Toplanması

KKD'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirliliğinin araştırılmasında bireylere sosyodemografik soru formu, KKD, Katılım ve Otonomi Etki Anketi, Normal Yaşama Yeniden Katılım Endeksi ve Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi anketi olmak

üzere 5 değerlendirme formu uygulanmıştır. Zamana karşı değişmezliği ölçmek için test tekrar test yöntemi olan aralıklı yöntem kullanılmış ve 50 bireye 2 hafta sonra tekrar ulaşılarak KKD yeniden uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda verilmiştir.

3.5.1. Sosyodemografik Soru Formu

İlgili literatür taranarak, gönüllü bireylerin sosyodemografik özelliklerini incelemek için, araştırmacılar tarafından toplam 17 soruyu kapsayan bir form oluşturulmuştur.

3.5.2. Keele Katılım Değerlendirmesi

KKD, ICF'nin sınıflamasındaki katılım alanları, kişiler arası etkileşimler ve ilişkiler, ev ortamı, eğitim, meslek ve çalışma yaşamı, fonksiyonellik, toplumsal hayat ve sosyal hayattan oluşmaktadır. KKD, 50 yaş üstü genel popülasyonda bu alanları değerlendirmektedir (217).

KKD, bireylerin gündelik ve sosyal hayata katılımını ölçen; basit, kısa, ICF'in aktivite ve katılımlar ile ilgili kategorilerini kapsayan bir ölçektir. KKD, popülasyon araştırmalarına özel olarak katılım kısıtlamasını ölçmek için geliştirilen ilk araçtır (14).

KKD'nin soru sayısı 11 olarak belirlenmiştir. 6., 9., 10., ve 11. maddelerde koşullu sorular içermektedir. Koşullu sorularla birlikte toplam 15 maddeden oluşmaktadır. 6.,9., 10. ve 11. sorularda katılımcının yanıtı "evet" ise soruyu cevaplaması, hayır ise diğer soruya geçmesi istenir.

Ankete katılan bireylerden 1-Her zaman, 2-Çoğu zaman, 3-Bazen, 4-Nadiren, 5-Hiçbir zaman seçeneklerinden birini cevaplaması istenir. KKD'den alınabilecek minimum ve maksimum puanlar 0 ile 11 arasındadır. Bireyin 0 puan alması katılım kısıtlaması yok, 1-11 puan arası en az bir etkinlikte katılım kısıtlaması var anlamına gelmektedir.

Katılımcı bazen, nadiren, hiçbir zamanı işaretlerse 1 puan; her zaman, çoğu zamanı işaretlerse 0 puan almaktadır. Anketin yapılması yaklaşık 3 ile 5 dakika arası sürmektedir.

3.5.3. Katılım ve Otonomi Etki Anketi (KOEAE)

Çalışmamızda toplumsal katılımı değerlendiren diğer ölçek ise Katılım ve Otonomi Etki Anketidir .

KOEAE, nörolojik ve kas iskelet sistemi hastalıklarında kullanılmıştır. Anket otonomi ve katılımın farklı boyutlarını ölçer. Bu anlamda yaşanan limitasyonları derecelendirir. KOEAE'nın, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Memet Kurt tarafından yapılmıştır (213). Bu anket, 32 maddeden oluşup 5 alt başlığa ayrılır:

1-Ev içi aktiviteler/faaliyetler (7 madde),

2- Aile içi rol (7 madde),

3-Ev dışı aktiviteler/faaliyetler (5 madde),

4-Sosyal hayat ve ilişkiler (7 madde),

5-İş ve eğitim (6 madde)'den oluşur (236).

Her bir sorunun eşit cevaplama seçenekleri olup 0-4 arası puan alır: 0-çok iyi, 1-iyi , 2-orta, 3-zayıf, 4-çok zayıf şeklinde puan alır. Evle ilgili aktiviteler/faaliyetler kapsamında yıkanma, giyinme, yatma, yeme, içme; aile içi rol kapsamında ev içi görev, sorumluluk alma, ev veya bahçe işlerini yapma, para harcama; evin dışında yapılan aktiviteler kapsamında insan ilişkilerinin sıklığı, boş zamanları değerlendirme şekli; sosyal hayat ve ilişkiler kapsamında sosyal hayat ve ilişkilerin kalitesi, iletişim, saygı, özel ilişki, diğer insanlara yardım etme, destek olma; iş ve eğitim kapsamında ücretli veya gönüllü iş, eğitim ve öğrenim değerlendirilir (213,237).

Ankette ayrıca fiziksel fonksiyonellik, bireysel ihtiyaçlar, evin içindeki ve dışındaki faaliyetler, parayı değerlendirme, boş zaman, sosyal hayat ve ilişkiler, diğer insanlara yardım etme, destek olma, ücretli veya gönüllü iş, eğitim ve öğrenim alanlarında 9 tane soruyla bu limitasyonların birey tarafından ne ölçüde problem olarak algılandığı ölçülür. Bu soruların da her birinin eşit cevap seçenekleri olup 0-2 arası puan almaktadır: 0-hiç sorun oluşturmamaktadır, 1-az sorun oluşturmaktadır, 2-çok sorun oluşturmaktadır. Alt grup skorlaması için her bir alt başlıktan soruların %75'ini cevaplmalıdır. %25'in üzerinde madde cevaplanmamışsa alt grup skoru hesaplanmaz. İki tip skorlama yapılır: katılım skoru (KOEAE-1) ve problem skoru (KOEAE-2) (213).

Katılım skorundan yüksek puan alması zayıf katılımı, problem skorundan yüksek puan alması o bölümle ilgili daha çok problem yaşandığını gösterir. Ordinal veri kullanıldığı için median skoru tercih edilir. Median skoru ne kadar düşüğe hasta katılım ve otonomi açısından o kadar az kısıtlanma yaşamaktadır şeklinde yorumlanır (236).

3.5.4. Normal Yaşama Yeniden Katılım Endeksi (NYYKE)

NYYKE, 2012 yılında, Senem Demirdel tarafından amputeler üzerine çalışma yapılarak, Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik analizleri sağlanmıştır (215). NYYKE, katılımcıların kendisiyle ilgili algıları değerlendirir. Bunlar: kişisel ilişkiler, kendini gösterme ve genel başa çıkma becerileridir (216).

NYYKE ölçeği; “Kesinlikle katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Kesinlikle katılmıyorum” şeklinde 5’li likert tipi kullanılmıştır. Bu skora göre alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 55’tir. Daha yüksek puan, daha iyi katılım düzeyini göstermektedir (215).

3.5.5. KF-36 Yaşam Kalitesi Anketi (KF-36)

KF-36, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en çok kullanılan anketlerden biridir. KF-36, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (238). KF-36, yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahiptir. KF-36, açık, basit, kısa, kolay uygulanan bir anket olarak geliştirilmiştir.

Bu anketin Türkçe versiyon çalışması ilk defa 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma ile güvenilir ve geçerli bulunmuştur (239).

KF-36, fiziksel fonksiyonellik, sosyal konular ve fiziksel problemlerden kaynaklı olarak rollerde ve sorumluluklarda kısıtlanma, bedensel acı, ruhsal sağlık, duygusal sorunlar, yaşam enerjisi ve genel sağlık olmak üzere 8 alt bileşenden oluşmaktadır. Anketin total puanı hesaplanmamaktadır. Alt bileşenlerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir. 0 puan sağlık durumunun kötü olduğunu, 100 puan ise iyi sağlık durumunu göstermektedir (157).

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların yaşam kalitesini son 4 haftayı göz önünde bulundurarak cevap değerlendirmesi istenir. Ölçeğin alt bileşenleri ise şu şekildedir:

A. Fiziksel Sağlık

1. Fiziksel fonksiyon
2. Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları
3. Ağrı
4. Sağlığın genel algılanması

B. Mental Sağlık

5. Enerji/vitalite
6. Sosyal fonksiyon
7. Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları
8. Mental sağlık şeklindedir.

3.6. Araştırmaya Katılan Gönüllülerin Özellikleri

Çalışmaya katılan gönüllüler için dahil edilme kriterleri; 50 yaş ve üzerinde olmak, ana dili Türkçe olup okuma yazma bilmek, tekrar değerlendirmeye katılmayı kabul etmek, onam formunu imzalamış olmak şeklinde belirlenmiştir. Dahil edilmeme kriterleri ise; anketi anlayıp doldurmaya engel olacak düzeyde bilişsel ve kognitif bozukluğu olmak, görme ve işitme engeli olmak şeklinde belirlenmiştir.

3.7. KKD'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması

Dil Geçerliği

Ölçeğin orjinal formunun (EK-8) Türkçe'ye uyarlama çalışması Beaton ve arkadaşlarının önerdiği yöntem ile yapılmıştır (226).

Kapsam Geçerliği

Ölçeğin kapsam geçerliğine yönelik olarak konu alanında uzman 10 kişinin görüşü alınmıştır. Uzman kişilerden skalada bulunan maddelerin açıklık ve anlaşılabilirlik düzeyini puanlaması istenmiştir. Maddelerin en uygun ifade şekline yönelik görüşleri alınmıştır. Uzman kişiler (a); çok uygun, (b); oldukça uygun, (c); cümle düzeltilirse uygun olur ve (d); uygun değil şeklindeki ifadeleri kullanarak skalanın her maddesini 1-4 puan arasında değerlendirmiştir. Davis Yöntemi kullanılarak Kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Uzman değerlendirmeleri sonucu kapsam geçerlik oranları aşağıdaki formülle hesaplanmıştır (240).

$$KGI = \frac{\text{Maddelere uygun ve oldukça uygun diyen uzman sayısı}}{\text{Uzman sayısı}}$$

Kapsam geçerliği sağlandıktan sonra KKD'nin 50 yaş ve üstü 30 bireye pilot uygulaması yapılmıştır. Bu uygulama sonrasında 8. maddenin anlaşılabilirliğinin düşük çıkması nedeniyle cümle üzerinde tekrar çalışılmıştır. "Son 4 hafta boyunca, istediğim zaman ve istediğim gibi, ben veya benim adıma başka biri paramı yönetti." cümlesi bireyler tarafından anlaşılmadığı için "Son 4 hafta boyunca, parasal işlerimi (banka, fatura, maaş,...) istediğim zaman ve istediğim gibi hallededim" şeklinde düzenlenmiş ve ölçeği geliştiren araştırmacının oluru alınmıştır. Pilot uygulama yapılan 30 birey araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Pilot uygulama aşamasından sonra KKD'nin kültürel adaptasyonu tamamlanarak 150 gönüllü katılımcıya uygulanmıştır.

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliğinin test edilmesinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanılmıştır. Faktör analizinin uygunluğunun test edilmesi için Kaiser-Mayer-Olkin (Measure of Sampling Adequacy, KMO) analizi ve Barlett' s Test of Sphericity analizi (BTS) yapılmıştır. Örneklem faktör yapısının faktör analizine uyumlu olduğu anlaşıldıktan sonra açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılarak yapı geçerliği incelenmiştir (225).

Güvenirlilik

KKD'nin güvenirlilik analizleri için zamana göre değişmezliği ve iç tutarlılığı incelenmiştir. Zamana karşı değişmezlik analizleri için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır (239) .

Bu analiz için ilk uygulama sonrasında anketi dolduran bireylerle görüşülmüş, ikinci uygulamayı kabul eden 50 bireye 2 hafta sonra telefon görüşmesi, mesajlaşma ve yüzyüze olmak üzere 3 farklı yöntem ile iletişim kurularak anket tekrar uygulanmıştır. Test tekrar test güvenirliliğinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

İç Tutarlılık

KKD'nin iç tutarlılığını (homojenliğini) belirlemek için Cronbach's alfa katsayısı, Kuder Richardson 20 ve madde toplam puan korelasyon katsayılarına bakılmıştır (239).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analiz

KKD'nin istatistiksel analizlerinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Windows için sürüm 22.0 bilgisayar paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel veriler ortalama \pm standart sapma ($X \pm SS$), median veya yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Verilerin parametrik veya nonparametrik dağılımını göstermek için Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi, KKD'nin güvenilirliğini belirlemek için test-tekrar test ve iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. İç tutarlılık analizi için Cronbach's alfa katsayısı ve madde toplam korelasyon katsayıları, yapı geçerliği için faktör analizleri kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi SPSS AMOS 22 programı ile yapılmıştır. Örneklem faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesinde KMO ve BTS testleri kullanılmıştır. Tüm korelasyon analizleri pearson ve spearman korelasyon analizleri ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizde kullanılan yöntemler sırasıyla Tablo 3.1'de verilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Verilerin Analizi İçin Kullanılan Yöntemler

Geçerlik ve güvenilirlik analizleri	Kullanılan Testler
1. Dil geçerliği	➤ Çeviri-geri çeviri yöntemi
2. Kültürel adaptasyon	➤ Pilot uygulama
3. Yapı geçerliği	➤ KMO ve BTS, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi
4. Ölçüt geçerliği	➤ Eş zaman geçerliği için korelasyon analizleri

5. Güvenirlik	<ul style="list-style-type: none">➤ Test-tekrar test güvenirligi➤ Cronbach's alfa katsayisi➤ Madde toplam puan korelasyonu➤ Kuder Richardson 20 testi
---------------	--

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma, İzmir Palmiye Alış Veriş Merkezine gelen bireyler ile sınırlıdır.
2. Çalışmada KKD ile ilgili değerlendirmeler bireylerin katılımlarını kendi algıları ile sınırlıdır.
3. Bu çalışma, orjinal makale referans alınarak 50 yaş ve üstü bireylere spesifik bir tanı belirlemeksizin, genel popülasyona uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Demografik Bulguları

KKD'nin Türkçe versiyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 50 yaş üstü bireylere yapılmıştır. Çalışmamıza 76'sı kadın 74'ü erkek toplam 150 birey gönüllü olarak katılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 59,09±6,22 yıl, boy ortalaması 1,68± 0,092 m, vücut ağırlığı ortalaması 79,86±15,59 kg ve vücut kitle indeksi (VKİ) 28,05 ±4,35 kg/m²'dir. Bireylerin fiziksel özelliklerine cinsiyete göre bakıldığında; kadınların yaş ortalaması 58,86±6,47 yıl, boy ortalaması 1.62±0.07 m, vücut ağırlığı ortalaması 74.55±14.87 kg, VKİ 28,21± 4,91 kg/m²'dir, erkek bireylerin yaş ortalaması 59,32±5,99 yıl, boy ortalaması 1.74±0.06 m, vücut ağırlığı ortalaması 85,31±14,48 kg, VKİ 27,90± 3,73 kg/m²'dir. Bireylerin fiziksel özellikleri Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılanların Fiziksel Özellikleri

	Kadın (n=76)	Erkek (n=74)	Toplam (n=150)
	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş (yıl)	58,86±6,47	59,32±5,99	59,09±6,22
Boy (m)	1.62±0.07	1.74±0.06	1,68±0,092
Vücut Ağırlığı (kg)	74.55±14.87	85,31±14,48	79,86±15,59
VKİ (kg/m²)	28,21± 4,91	27,90± 3,73	28,05 ±4,35

Araştırmaya katılan gönüllülerin %50,7'si kadın, %49,3'ü erkektir. Medeni durumlara bakıldığında %62'sinin evli, %12'sinin bekar ve %26'sinin boşanmış olduğu görülmektedir. Eğitim durumları incelendiğinde, %2'sinin okuma yazma bilmediği, %4'ünün okur-yazar olduğu, %13,3'ünün ilkokul, %10'unun ortaokul, %33,3'ünün lise ve %37,3'ünün üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Bireylerin sağlık güvencelerinin olup olmadığına dair cevaplarının dağılımı incelendiğinde, %90,7'nin SGK kurumuna bağlı olan kurumlar ile sağlık güvencesine sahip olduğu; %5,3'ün sosyal güvencesinin olmadığı; %4'ünün özel sağlık sigortasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ambulasyona yardımcı araç kullanım durumları incelendiğinde gönüllülerin, %4,7'sinin baston, %1,3'ünün walker ve koltuk değneği; %0,7'sinin

kanadyen kullandığı tespit edilmiştir. Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2: Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		Sıklık	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	76	50,7
	Erkek	74	49,3
Medeni Durum	Bekar	18	12,0
	Evli	93	62,0
	Boşanmış	39	26,0
Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmiyor	3	2,0
	Okur-yazar	6	4,0
	İlkokul	20	13,3
	Ortaokul	15	10,0
	Lise	50	33,3
	Üniversite	56	37,3
Sosyal Güvence	SGK	136	90,7
	Sosyal güvence yok	8	5,3
	Özel sağlık sigortası	6	4,0
Ambulasyona Yardımcı Cihazlar	Kullanmıyor	138	92,0
	Kanadyen	1	0,7
	Baston	7	4,7
	Walker	2	1,3
	Koltuk değneği	2	1,3
Toplam		150	100,0

4.3. Dil Geçerliği

KKD'nin dil uyarlaması için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. KKD'yi çevirme yönteminde İngilizce'yi iyi bilen iki alandan öğretim üyesi ve bir İngilizce öğretmeni olmak üzere üç kişi farklı zamanlarda anketi İngilizce'den Türkçe'ye çevirmiştir. Daha sonra çevirmenler toplantıda bir araya gelerek Türkçe'ye çevrilen anketleri tek bir çeviri haline getirmiştir. Veri formu bu düzenlemeyle son halini almıştır.

Sonraki aşamada anketin tek bir form haline getirilmiş Türkçe çevirisi, anadili İngilizce olan ve Türkçe'yi iyi bilen sağlık alanından bir uzman ve diğeri alan dışından iki kişi tarafından İngilizce'ye geri çevirisi yapılmıştır.

Türkçe'den tekrar İngilizce'ye çevrilen anket, çevirmenler tarafından karşılaştırılarak tek bir geri çeviri haline getirilmiştir. İngilizce geri çeviri anketi geliştiren yazara e mail ile gönderilerek önerisi alınmıştır. Emailde yazar çalışmanın orijinali ile paralel bir yapı gösterdiğini belirterek anlamın benzer olduğunu belirlemiştir. Bu şekilde çalışmamızın dil geçerliği sağlanmıştır.

4.4. Ölçekteki Maddelerin Frekans Dağılımları

‘Son dört hafta boyunca, evimin içinde istediğim zaman ve istediğim gibi dolaşım’ ifadesine ankete katılan kişilerin % 54,7'si her zaman, %30,7'si çoğu zaman, %8,7'si bazen, %4,'ü nadiren ve %2,'si de hiçbir zaman cevabını vermiştir.

‘Son dört hafta boyunca, evimin dışında istediğim zaman ve istediğim gibi dolaşım’ ifadesine ankete katılan kişilerin % 47,3'ü her zaman, %29,3'ü çoğu zaman, %14'ü bazen, %6,3'ü nadiren ve %3,3'ü de hiçbir zaman cevabını vermiştir.

‘Son dört hafta boyunca, öz bakım ihtiyaçlarımı (örneğin; yıkanma, tuvalet, giyinme, beslenme, sağlığın korunması) istediğim zaman ve istediğim gibi karşıladım’ ifadesine ankete katılan kişilerin % 61,3'ü her zaman, %29,3'ü çoğu zaman, %5,3'ü bazen, %3,3'ü nadiren ve %0,7'si de hiçbir zaman cevabını vermiştir.

‘Son dört hafta boyunca, evimle istediğim zaman ve istediğim gibi ilgilendim’

ifadesine ankete katılan kişilerin % 44'ü her zaman, %33,3'ü çoğu zaman, %12,7'si bazen, %6,7'si nadiren ve %3,3'ü de hiçbir zaman cevabını vermiştir.

'Son dört hafta boyunca, kişisel eşyalarım ile istediğim zaman ve istediğim gibi ilgilendim' ifadesine ankete katılan kişilerin %48,7'si her zaman, %30'u çoğu zaman, %11,3'ü bazen, %8'i nadiren ve %2'si de hiçbir zaman cevabını vermiştir.

'Son dört hafta boyunca, başka insanlarla istediğim zaman ve istediğim gibi buluştum konuştum' ifadesine ankete katılan kişilerin % 25,3'ü her zaman, %27,3'ü çoğu zaman, %27,3'ü bazen, %18'i nadiren ve %2'si de hiçbir zaman cevabını vermiştir.

'Son dört hafta boyunca, parasal işlerimi (banka, fatura, maaş...), istediğim zaman ve istediğim gibi hallededim' ifadesine ankete katılan kişilerin %34,7'si her zaman, %32'si çoğu zaman, %16,7'si bazen, %11,3'ü nadiren ve %5,3'ü de hiçbir zaman cevabını vermiştir.

6. Size bağımlı olan akrabalarınız veya başka insanlar var mı? Evet ise, son 4 hafta boyunca, bu insanlarla istediğiniz zaman ve istediğiniz gibi ilgilendiniz mi?

9. Ücretli veya gönüllü olarak bir işte yer almayı ister misiniz? Evet ise, son 4 hafta boyunca, ücretli veya gönüllü bir işte istediğiniz zaman ve istediğiniz gibi yer aldınız mı?

10. Eğitim veya öğretim kurslarında yer almayı ister misiniz? Evet ise, son 4 hafta boyunca, eğitim veya öğretimde istediğiniz zaman ve istediğiniz gibi yer aldınız mı?

11. Sosyal aktivitelerde yer almayı ister misiniz? (Sosyal aktivite örnekleri; topluluk ve dini etkinlikler, arkadaşlar ile buluşma, derneklere gitmektir.) Evet ise, son 4 hafta boyunca, sosyal aktivitelerde istediğiniz zaman ve istediğiniz gibi yer aldınız mı?

Ölçekte yer alan 6,9,10,11., sorular koşullu sorular olduğu için bu maddelerin frekans dağılımları hesaplanmamıştır. (Tablo 4.3)

Tablo 4.3: KKD Ölçeğine İlişkin Maddelerin Frekans Dağılımları

Keele Katılım Değerlendirmesi i Ölçeğine İlişkin Maddeler	Her Zaman		Çoğu Zaman		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
S1	82	54,7	46	30,7	13	8,7	6	4,0	3	2,0
S2	71	47,3	44	29,3	21	14,0	9	6,3	5	3,3
S3	92	61,3	44	29,3	8	5,3	5	3,3	1	0,7
S4	66	44,0	50	33,3	19	12,7	10	6,7	5	3,3
S5	73	48,7	45	30,0	17	11,3	12	8,0	3	2,0
S7	38	25,3	41	27,3	41	27,3	27	18,0	3	2,0
S8	52	34,7	48	32,0	25	16,7	17	11,3	8	5,3

Ölçek Geneli Alınan Ortalama Puanlar

Ev için aktiviteler alt boyutunun minimum değeri 0 maksimum değeri 24 ve ortalaması $4,94 \pm 5,48$ olarak bulunmuştur. Aile içi rol alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 25 ve ortalaması, $64 \pm 5,64$ olarak bulunmuştur. Ev dışı aktiviteler alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 20 ve ortalaması $6,66 \pm 4,30$ olarak bulunmuştur. Sosyal hayat ve ilişkiler alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 28 ve ortalaması $7,96 \pm 5,59$ olarak bulunmuştur. İş ve eğitim alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 25 ve ortalaması $10,56 \pm 5,20$ olarak bulunmuştur. Problem alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 18 ve ortalaması $9,84 \pm 6,74$ olarak bulunmuştur. Günlük fonksiyonlar alt boyutunun minimum değeri 8, maksimum değeri 40 ve ortalaması $31,27 \pm 6,93$ olarak bulunmuştur. Kendisi ile ilgili alanlar alt boyutunun minimum değeri 3, maksimum değeri 15 ve ortalaması $11,04 \pm 2,92$ olarak bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 100 ve

ortalaması $70,23 \pm 26,54$ olarak bulunmuştur. Fiziksel rol güçlüğü alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 100 ve ortalaması $63,16 \pm 37,84$ olarak bulunmuştur. Emosyonel rol güçlüğü alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 100 ve ortalaması $61,77 \pm 29,25$ olarak bulunmuştur. Enerji, canlılık, aktivite alt boyutunun minimum değeri 15, maksimum değeri 100 ve ortalaması $48,80 \pm 13,48$ olarak bulunmuştur. Ruhsal sağlık alt boyutunun minimum değeri 12, maksimum değeri 84 ve ortalaması $41,28 \pm 12,13$ olarak bulunmuştur. Sosyal işlevsellik alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 100 ve ortalaması $67,08 \pm 22,68$ olarak bulunmuştur. Ağrı alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 100 ve ortalaması $70,13 \pm 24,62$ olarak bulunmuştur. Genel sağlık algısı alt boyutunun minimum değeri 0, maksimum değeri 100 ve ortalaması $52,02 \pm 20,36$ olarak bulunmuştur. KKD'nin minimum değeri 1, maksimum değeri 11 ve ortalaması $8,83 \pm 1,67$ olarak bulunmuştur. Ölçeklerin toplam puanlarının ortalamasının tanımlayıcı istatistiklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4: Ölçek Geneli Alınan Ortalama Puanlar

	n	Minimum	Maximum	Ortalama±standart
Değişkenler	150	0,00	24,00	4,94±5,48
KOEA 1.1	150	0,00	25,00	7,64±5,64
KOEA 1.2	150	0,00	20,00	6,66±4,30
KOEA 1.3	150	0,00	28,00	7,96±5,59
KOEA 1.4	150	0,00	25,00	10,56±5,20
KOEA 1.5	150	0,00	18,00	9,84±6,74
NYYKE 1	150	8,00	40,00	31,27±6,93
NYYKE 2	150	3,00	15,00	11,04±2,92
KF36.1	150	0,00	100,00	70,23±26,54
KF36.2	150	0,00	100,00	63,16±37,84
KF36.3	150	0,00	100,00	61,77±29,25

KF36.4	150	15,00	100,00	48,80±13,48
KF36.5	150	12,00	84,00	41,28±12,113
KF36.6	150	0,00	100,00	67,08±22,68
KF36.7	150	0,00	100,00	70,13±24,62
KF36.8	150	0,00	100,00	52,06±20,36
KKD	150	1,00	11,00	8,83±1,67

*KOEA1.1= ev içi aktiviteler; KOEA1.2=aile içi rol; KOEA1.3= en dışı aktiviteler; KOEA1.4= sosyal hayat ve ilişkiler; KOEA1.5= iş ve eğitim; KOEA2= problem
KKD=Keele Katılım Değerlendirme KF36.1= ,Fiziksel fonksiyon, KF36.2= Fiziksel rol güçlüğü, KF36.3=Emosyonel rol güçlüğü, KF36.4= Enerji, canlılık, aktivite, KF36.5=Ruhsal sağlık, KF36.6= Sosyal işlevsellik, KF36.7= Ağrı, KF36.8= Genel Sağlık Algısı NYYKE 1= Günlük fonksiyonlar alt boyutu; NYYKE 2= Kendisi ile ilgili alanlar*

4.5. Yapı Geçerliliği

KKD'nin yapı geçerliliği analizleri yapılmadan önce örneklemin faktör analizleri için uygun olup olmadığı araştırılmıştır. Bunun için örneklem grubu büyüklüğü analizi testi KMO ve faktör analizinin uygunluğunu ve sıfırdan farklı olup olmadığını anlamak için BTS analizi yapılmıştır.

Analiz sonucunda KMO değerinin 0,653 olduğu belirlenmiştir. Bu değer ile örneklemin faktör analizinin yapılması için "iyi derecede yeterli" olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca Bartlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki kare değerinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2(55)=784,402;p<0,01$). Bu doğrultuda, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği kabul edilmiştir. Böylece açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır.

Açıklayıcı faktör analizi yapıldığında KKD varyansın %33,52'sini açıklamaktadır. Anketin maddelerinin faktör yükleri 0.301 ile 0.915 arasında değişmektedir. Yapılan çalışmalarda faktör yüklerinin 0.30 ve üzerinde olması gerekmektedir. KKD'nin faktör yüklerinin ve açıklanan varyans oranlarının uygun olduğu görülmüştür.

KKD'nin tek faktörlü yapıda olduğu tespit edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.5'de verilmiştir .

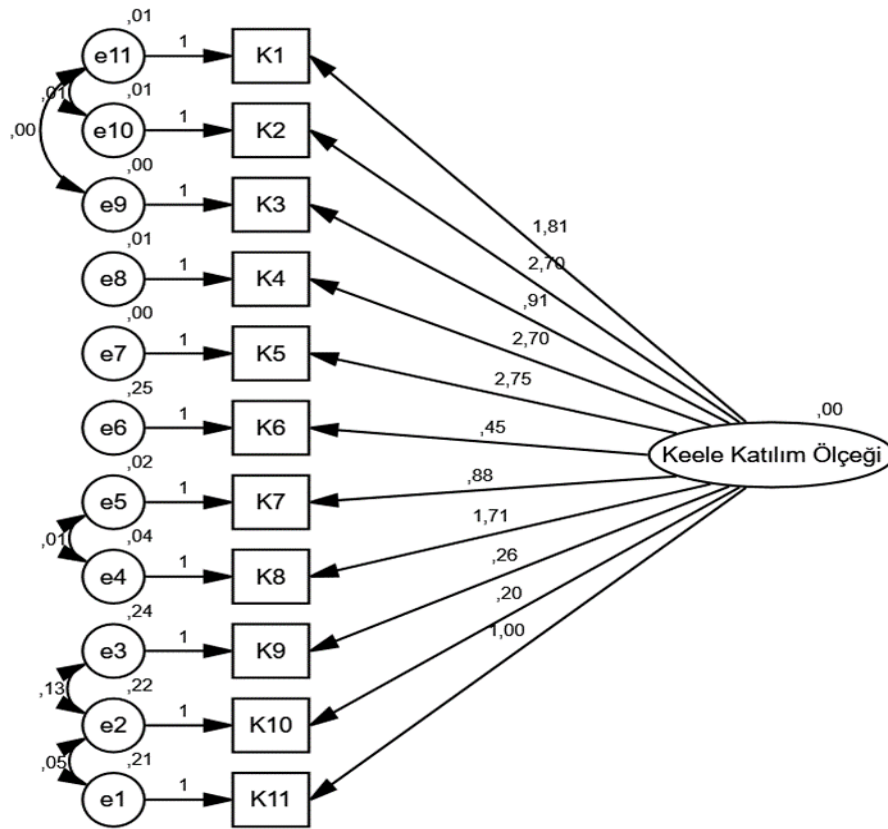
Tablo 4.5: Faktörler ve Maddelere İlişkin Değerler

Faktörler ve Maddeler	Açıklanan Varyans (%)	Öz Değer(Λ)	Faktör Yüğü
Keele Katılım Değerlendirme Anketi			
1.Son dört hafta boyunca evimin içinde istediğim zaman ve istediğim gibi dolaşım.	33,520	3,687	0,716
2.Son dört hafta boyunca evimin dışında istediğim zaman ve istediğim gibi dolaşım.			0,850
3.Son dört hafta boyunca öz bakım ihtiyaçlarımı istediğim zaman ve istediğim gibi karşıladım.			0,550
4.Son dört hafta boyunca evimle istediğim zaman ve istediğim gibi ilgilendim.			0,796
5.Son dört hafta boyunca kişisel eşyalarım ile istediğim zaman ve istediğim gibi ilgilendim.			0,915
6. Size bağımlı akrabalarınız veya başka insanlar Var mı?			0,312
7.Son dört hafta boyunca başka insanlarla istediğim zaman ve istediğim gibi buluştum ve konuştum.			0,453
8.Son dört hafta boyunca parasal işlerimi			0,545

istediğim zaman ve istediğim gibi hallettim.			
9.Ücretli veya gönüllü olarak bir işte yer almayı ister misiniz?			0,320
10.Eğitim veya öğretim kurslarında yer almayı ister misiniz?			0,315
11. Sosyal aktivitelerde yer almayı ister misiniz?			0,301
Toplam ($\alpha=0,655$)			
KMO = 0,653 ; $\chi^2(55) = 784,402$; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000			

Doğrulayıcı Faktör Analizi

KKD, ölçeğini test etmek amacıyla SPSS AMOS 22 istatistik programı kullanılarak birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçekte yer alan 11 ifadeye ait model uyum değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olmadıkları görülmüştür. Analiz sonucunda önerilen modifikasyonlar yapılmıştır. Modifikasyon sonuçları Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Tablo 4.6'daki değerler incelendiğinde; modifikasyon sonrası X^2/df 'nin 2,162; GFI değerinin 0,94; CFI değerinin 0,91; RMSEA değerinin de 0,010 olduğu görülmektedir. Elde edilen bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde olduğundan KKD'nin tek faktörlü yapısı doğrulanmıştır.



Şekil 6: KKD'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Doğrulayıcı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $P=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 11 madde ve tek alt boyutun ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Modelde iyileştirme yapılmaktadır. İyileştirme yapılırken uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur (e10-e11; e9-e11; e4-e5; e2-e3; e1-e2). Sonrasında yenilenen uyum indis hesaplamalarında uyum indisleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı Şekil 6'da gösterilmiştir (242).

Tablo 4.6: KKD'nin Uyum Değerleri

	χ^2	df	χ^2/df	GFI	CFI	RMSEA
Modifikasyon Öncesi	211,54	44	4,808	0,782	0,802	0,160
Modifikasyon Sonrası	84,321	39	2,162	0,910	0,940	0,010
İyi Uyum Değerleri*			≤ 3	$\geq 0,90$	$\geq 0,97$	$\leq 0,05$
Kabul Edilebilir Uyum Değerleri			$\leq 4-5$	0,89-0,85	$\geq 0,95$	0,06-0,08

$p > .05$, χ^2 =Chi-Square (Ki-Kare); df=Degree of Freedom (Serbestlik Derecesi); GFI=Goodness Of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi); CFI=Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi); RMSEA=Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü).

4.5. Ölçklere Dayalı Geçerlik

Ölçklere dayalı geçerlik araştırılırken, çalışma ölçeği ile benzer özelliklere sahip başka bir ölçme aracının puanları arasında korelasyon katsayıları karşılaştırılmıştır. KKD'nin ölçklere dayalı geçerlilik çalışmasında, KOEA, NYYKE ve KF-36 anketi kullanılmıştır.

4.5.1. KOEA İle KKD'nin Korelasyonu

Araştırmanın değişkenlerinin korelasyon matrisine bakıldığında KOEA 1.1 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($r = -0,287$; $p < 0,001$), KOEA 1.2 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($r = -0,282$; $p < 0,001$), KOEA1.3 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü ($r = -0,326$; $p < 0,001$), KOEA 1.4 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ($r = -0,169$; $p < 0,001$) bir ilişki görülmektedir. (Tablo 4.7)

Tablo 4.7:KOEA ve KKD Ölçeği Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Keele Katılım Değerlendirme
KOEA 1.1	-0,287** (0,001)
KOEA 1.2	-0,282** (0,001)
KOEA1.3	-0,326** (0,001)
KOEA1.4	-0,169* (0,001)
KOEA 1.5	-0,467** (0,001)
1KOEA2	-0,112 (0,171)

KOEA1.1= ev içi aktiviteler; KOEA1.2=aile içi rol;

KOEA1.3= en dışı aktiviteler; KOEA 1.4= sosyal hayat ve ilişkiler; KOEA1.5= iş ve

eğitim; IKOEA 2= problem $p<0,05^$, $p<0,01^{**}$*

4.5.2. NYYKE İle KKD'nin Korelasyonu

Araştırmanın değişkenlerinin korelasyon matrisine bakıldığında NYYKE 1 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve pozitif yönlü ($r=0,340$; $p<0,001$), NYYKE 2 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve pozitif yönlü ($r=0,207$; $p<0,000$) bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8: NYYKE ve KKD Ölçeği Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Keele Katılım Değerlendirme
NYYKE 1	0,340** (0,001)
NYYKE 2	0,207* (0,011)

$P<0,05^*$, $p<0,01^{**}$

NYYKE 1 = Günlük fonksiyonlar alt boyutu; NYYKE 2 = Kendisi ile ilgili alanlar

4.5.3. KF-36 İle KKD'nin Korelasyonu

Araştırmanın değişkenlerinin korelasyon matrisine bakıldığında KF36.1 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve pozitif yönlü ($r=-0,375$; $p<0,001$), KF36.2 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve pozitif yönlü ($r=-0,342$; $p<0,001$), KF36.5 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü ($r=-0,214$; $p<0,009$); KF36.7 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve pozitif yönlü ($r=0,256$; $p<0,001$); KF36.8 ile KKD arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve pozitif yönlü ($r=0,286$; $p<0,001$) bir ilişki görülmektedir (Tablo 4.9). KF36.3 ve KF36.4 arasında ilişki yoktur.

Tablo 4.9: KF-36 ve KKD Ölçeği Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Keele Katılım Değerlendirme
KF36 .1	0,375** (0,001)
KF36 .2	0,342** (0,001)
KF36 .3	0,124 (0,130)
KF36 .4	-0,091 (0,269)
KF36 .5	-0,214** (0,009)
KF36 .6	0,214 (0,172)
KF36.7	0,256** (0,002)
KF36.8	0,286** (0,0021)
P<0,05*, p<0,01**	

KF36.1= ,Fiziksel fonksiyon, KF36.2= Fiziksel rol güçlüğü,KF36.3=Emosyonel rol güçlüğü, KF36.4= Enerji, canlılık, aktivite, KF36.5=Ruhsal sağlık, KF36.6= Sosyal işlevsellik, KF36.7= Ağrı, KF36.8= Genel Sağlık Algısı

4.6. Güvenirlik Analizleri

4.6.1.Test-Tekrar Test Güvenirliği

KKD'nin zamana karşı değişmezliğinin analizi için test tekrar test güvenirlilik yöntemi kullanılmıştır. Test tekrar test yöntemi için 50 bireye ulaşılmıştır. İlk anket uygulandıktan 2 hafta sonra KKD bireylere telefon görüşmesi, mesajlaşma ve yüzyüze gibi 3 farklı yolla tekrardan ulaşılarak yeniden uygulanmıştır. Test ve tekrar test puanları arasında pearson korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo 4.10.). Tablo incelendiğinde, KKD ölçeğinin ilk test ve son test puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptandığı görülmektedir ($r=0,631$, $p<0,01$).

Tablo 4.10: KKD'nin İlk Test ve Son Test Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri

Pearson Korelasyon Katsayısı	N	İlk Test	Son Test
İlk Test	50	1	
Son Test	50	0,631*	1

$p<0,01$

4.6.2. İç Tutarlılık

KKD'nin iç tutarlılık analizleri için Cronbach's alfa güvenirlilik katsayısı, madde-toplam puan korelasyon katsayıları ve Kuder Richardson 20 yöntemlerine bakılarak iç tutarlılık incelenmiştir.

KKD'nin Cronbach's alfa Güvenirlilik Katsayısı $\alpha=0,655$ olarak bulunmuştur. Anketlerin Cronbach's alfa katsayısının 0,00 ile 1.00 arasında değer almaktadır. Değerlerin 1.00'a yakın olması oldukça güvenilir bir ölçme aracı olduğunu ifade etmektedir (225). Madde toplam puan korelasyonu ile ölçekteki her bir maddenin toplam puan ile ilişkisi incelenmiştir.

Tablo 4.11’de bütün maddelerin toplam korelasyon katsayıları ve ortalama değerleri verilmiştir. Her bir maddenin toplam test puanı ile yüksek korelasyona sahip olması, o ölçme aracının tutarlılığını göstermektedir (241). Madde toplam test korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli minimum değer 0,20 olarak belirtilmektedir (242). KKD’nin madde toplam test korelasyon değerleri 0.232 ile 0.506 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu sonuç KKD’nin tutarlılığını göstermektedir (Tablo 4.11.).

Tablo 4.11: KKD’nin Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Ölçek Maddeleri	$\mu \pm SS$	r
1.Son dört hafta boyunca evimin içinde istediğim zaman ve istediğim gibi dolaştım.	0,68 \pm 0,93	0,280
2.Son dört hafta boyunca evimin dışında istediğim zaman ve istediğim gibi dolaştım.	0,88 \pm 1,07	0,356
3.Son dört hafta boyunca öz bakım ihtiyaçlarımı istediğim zaman ve istediğim gibi karşıladım.	0,52 \pm 0,80	0,240
4.Son dört hafta boyunca evimle istediğim zaman ve istediğim gibi ilgilendim.	0,92 \pm 1,06	0,356
5.Son dört hafta boyunca kişisel eşyalarım ile istediğim zaman ve istediğim gibi ilgilendim.	0,84 \pm 1,04	0,401
6.Size bağımlı olan akrabanız ya da başka kimseler var mı?	0,50 \pm 0,50	0,232
7.Son dört hafta boyunca başka insanlarla istediğim zaman ve istediğim gibi buluştum ve konuştum.	1,44 \pm 1,11	0,310
8.Son dört hafta boyunca parasal işlerimi (banka, fatura, maaş,...) istediğim zaman ve istediğim gibi hallettim.	1,20 \pm 1,18	0,359
9. Ücretli veya gönüllü olarak bir işte yer almayı ister misiniz?	0,47 \pm 50	0,491

10. Eğitim veya öğretim kurslarında yer almayı ister misiniz?	0,46±0,50	0,506
11. Sosyal aktivitelerde yer almayı ister misiniz?	0,26±0,44	0,342

Kuder Richardson 20 de Cronbach'ın alfa gibi iç tutarlılık güvenilirlik hesaplamalarında yaygın kullanılan yöntemlerden biridir (Kuder-Richardson 20 güvenilirlik formülü sadece iki değerli olarak ifade edilen ölçümlenmiş maddeler için uygundur (243). KKD'nin maddeleri Kuder-Richardson 20 hesaplaması için iki değerli olarak tekrar hesaplanmıştır. Sonuçlara göre Kuder-Richardson 20 güvenilirlik katsayısı 0,655 olarak bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 : Kuder-Richardson 20 Güvenilirlik Testi Sonuçları

Ölçek	Madde sayısı	Kuder-Richardson 20
Keele Katılım Değerlendirme Ölçeği	11	0,655

5. TARTIŞMA

Bu bölümde KKD'nin önemi, geçerlik ve güvenilirlik analizi sonuçları tartışılmıştır.

Keele Katılım Değerlendirmesinin önemi;

Klinisyen ve araştırmacılar belirli yaş üzerindeki bireylerin yaşam kalitesinin ve toplumsal katılımının değerlendirilmesinin uygulanacak olan tedavi protokollerinin belirlenmesinde önemli olduğunu düşünmektedir. Yapılan tedavilerin etkinliğini araştırmak ve objektif değerlere ulaşabilmek için kişilerin günlük yaşam aktiviteleri, fonksiyonelliği, toplumsal ve sosyal katılımları, ev içi ve ev dışı faaliyetleri, emosyonel durumları, yaşam kalitesi, sağlık durumları gibi birçok faktör üzerinde durulmaktadır.

Son yıllarda artan katılım tanımlarıyla beraber DSÖ'nün yaptığı sağlık, yaşam kalitesi, bireylerin katılımı gibi tanımlar katılıma dünya çapında verilen önemin artmaya başladığını göstermektedir. Katılım bireysel ve toplumsal algı düzeyinde incelenmektedir (213).

Araştırmalara bakıldığında bireysel algıyla katılımın kısıtlanmasını ölçen “jenerik” bir çalışma yoktur. Tüm çalışmalarda ICF tanımlamalarına göre “katılımın değerlendirimi”, “aktivite değerlendirimi”ne göre daha geri planda kalmıştır. Halbuki bireylerin tam bir iyilik halinde bulunup bulunmadığının belirlenmesinde katılımın değerlendirilmeside gerekmektedir. KKD ile kişilerin bireysel algısıyla katılımını değerlendirmesi hedeflenmiştir.

Literatürde anketlerin uzun formata sahip olması hedef popülasyon tarafından kabul edilirliliğini azalmaktadır. Anketlerdeki maddelerin sayısı fazlalaştıkça cevaplanma oranları anlamlı olarak azalmaktadır (243).

Anketler, mümkün olduğunca kısa ve öğrenilmesi istenen bilgiyi sorgulanmayı sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır. Bundan dolayı KKD kısa ve basit olacak şekilde geliştirilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda, popülasyondaki büyük grupları birbirinden ayırmak için kullanılan önemli bir ölçüm aracıdır (217). Bu çalışma, katılımın değerlendirilmesinin, sağlık alanında tedavi ve rehabilitasyon programlarının planlanması ve bu programların daha iyi sonuç vermesi açısından önemini artıracaktır. KKD'nin bu doğrultuda sık kullanılabilir bir jenerik ölçek olması hedeflenmiştir.

Sağlık alanında katılım için geliştirilen ölçeklere bakıldığında birçok çalışmaya ulaşılmıştır. Türkçe validasyonunu yaptığımız KKD'nin diğerlerinden farkı DSÖ'nün bozukluk, özür ve engellilik modelinden yola çıkılarak oluşturulan, anlaşılması kolay ve oldukça kısa süren bir anket olmasıdır. KKD, genel popülasyonda katılım kısıtlanmasını ölçmek için geliştirilmiş ilk ankettir (217).

Geçerlik ve güvenilirlik analizi sonuçları;

KKD çalışmasının flemenk diline çevirisi yapılmıştır (248). Bu bölümde çalışmanın verileri orijinali ve flemenk diline çevirisi ile tartışılmıştır .

KKD'nin dil geçerliği çeviri geri çeviri yöntemiyle test edilmiştir. Dil geçerliği sağlandıktan sonra 30 bireye pilot uygulama yapılarak kültürel adaptasyonu sağlanmıştır. Anketin sadece 8. maddesi “Son 4 hafta boyunca, istediğim zaman ve istediğim gibi, ben veya benim adıma başka biri paramı yönetti.” bireyler tarafından anlaşılmadığı için “Son 4 hafta boyunca, parasal işlerimi (banka, fatura, maaş,...) istediğim zaman ve istediğim gibi halledebildim” şeklinde düzenlenmiş ve ölçeği geliştiren araştırmacının oluru alınmıştır.

KKD'nin dil geçerliği sağlandıktan sonra geçerlik ve güvenilirlik analizleri için örneklem grubuna uygulama yapılmıştır. Örneklem grubunu İzmir Palmiye AVM ye gelen 50 yaş ve üstü 150 bireye uygulanmıştır. Bireylerin 76'i kadın, 74'i erkek ve yaş ortalaması 59,09±6,22 yıldır. KKD'yi geliştiren Wilkie ve arkadaşları çalışmalarına 50-59 yaş aralığında 1432, 60-69 yaş aralığında 1264, 70-79 yaş aralığında 801, 80 yaş üstünde ise 212 birey çalışmaya dahil etmiştir. 2064'ü kadın, 1645'i erkek toplam 3709 birey almışlardır. Orijinal çalışmada bu çalışmanın süresi yaklaşık 3 yıldır. Türkçe uyarlaması yapılan bu çalışmada ise tez süresi temel alınmış, her maddeye 10 birey kuralıyla yaklaşık 5 ay sonunda 50 yaş ve üstü 150 gönüllü bireye ulaşılmıştır. Orijinal çalışma ve Türkçe versiyon çalışmasındaki örneklem grubunun 50 yaş ve üstündeki gönüllü bireylerden oluşması benzer nitelik taşımaktadır. Flemenk versiyonunda ise 65 yaş ve üzerinde, 407 gönüllü birey alınmıştır. Katılımcıların özellikleri son bir ay içinde eklem ağrısına sahip olan (boyun, sırt, bel, omuz, dirsek, el, kalça, diz ve / veya ayak) ve en az 2 adet kronik

hastalığa sahip bireylere uygulanmıştır. Bizim çalışmamızda ise böyle bir dahil edilme kriteri uygulanmamıştır.

KKD'nin yapı geçerliğinin araştırılması için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Faktör yapısını belirlemeden önce örneklemin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi KMO ve BTS analizleri ile yapılmıştır. KMO değeri 0,653, BTS sonucu ise $\chi^2(55) = 784,402$; $p < 0.01$ olarak bulunmuştur. Literatürde KMO değerinin 0.50 değerinden büyük olması, BTS sonucunun ise istatistiksel olarak anlamlı olması gerektiğinden KKD'nin faktör yapısının faktör analizleri için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (244).

Türkçe versiyon çalışmasında, yapı geçerliğinin test edilmesinde hem açıklayıcı hem doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. KKD'nin açıklayıcı faktör analizi sonrasında varyansın %33.52'sini açıkladığı bulunmuştur. Maddelerin faktör yükleri ise 0.301 ile 0.915 arasında değişmektedir. Literatürde faktör yüklerinin 0.30 ve üzerinde olması gerekmektedir (225). Bu bakımdan açıklanan maddelerin faktör yükleri oranı yeterlidir ve KKD'nin tek faktörlü yapısı olduğu tespit edilmiştir.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise ölçekte yer alan 11 ifadeye ait model uyum değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olmadıkları görülmüştür. Analiz sonucunda önerilen modifikasyonlar yapıldığında modifikasyon sonrası X^2/df 'nin 2.162; GFI değerinin 0.910; CFI değerinin 0.940; RMSEA değerinin de 0.010 olduğu görülmüştür. Elde edilen bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde olduğundan KKD'nin tek faktörlü yapısı doğrulanmıştır (242). Orjinal çalışmada doğrulayıcı faktör analizi kullanılmadığı için bu açıdan sonuçlar karşılaştırılamamıştır (15). Flemenk versiyonunda Madde 1, 2, 3, 4, 5 ve 7 KKD 1 'i yani "temel faaliyetlere katılım alanları" nı; madde 9, 10 ve 11. maddeler "karmaşık faaliyetlere katılım alanları" nı yani KKD2 'yi ifade etmektedir. Madde 6 ve 8 her 2 alt bileşende de düşük faktör analizini ifade ettiği için diğer analizlerden çıkartılmıştır. Flemenk versiyonunda 2 faktörlü yapı ortaya çıkmıştır (248).

Ölçütlere dayalı geçerlik analizleri için eş zaman geçerliği test edilmiştir. Bunun için KKD ile en çok uyum gösteren KOEA ,NYYKE ve KF-36 kullanılmıştır. Hastaların

toplam KKD puanlarının ortalaması $8,83 \pm 1,67$ (min=1, max=11), şeklinde bulunmuştur.

KKD'nin orjinal çalışmasında Wilkie ve arkadaşları KKD'nin ölçüt geçerliğini araştırmak için KOEA, KF-12 ve NYYKE ölçeklerini kullanmıştır (15). Orjinal çalışmada KKD, NYYKE ve KOEA ile yüksek uyum göstermiştir. Türkçe versiyonunda, KOEA, KF-36 ve NYYKE ölçekleri kullanılmıştır. Flemenk versiyonunda ise KOEA, RAND-36, ADL ve LADL kullanılmıştır (248).

Test tekrar test yönteminde aynı ölçme aracı bireylere farklı zamanlarda uygulanarak bireylerin ölçme aracının maddelerine verdiği cevapların tutarlılığı değerlendirilir. Wilkie ve arkadaşları çalışmalarında test tekrar test güvenilirliği için süreyi 2 hafta olarak belirlemiştir.

KKD'nin orijinal çalışmasında, Flemenk versiyonunda ve Türkçe versiyonunda test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Test tekrar test yönteminde bireylere yaklaşık 2 hafta sonra anketler tekrardan uygulanmıştır. Flemenk versiyonunda 2 hafta sonra 122 bireye tekrar uygulanmıştır (248).

Çalışmamızda orjinal makale referans alınarak test-tekrar test süresi 2 hafta olarak belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında test-tekrar test için en az 30 birey veya toplam olgu sayısının en az %30 yada %50'si kadar olgu sayısı alınması gerektiği belirtilmiştir (249). Bu nedenle bu çalışmada 50 gönüllü bireyin test tekrar test güvenilirliği değerlendirilmiştir. Bu anlamda bu çalışmada test tekrar test güvenilirliği analizlerinin yeteri kadar olguyla yapıldığı söylenebilir.

KKD'nin test ve tekrar test korelasyon analizi sonuçları pozitif yönde, yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r=0.631$; $p<0.01$). Bu bakımdan KKD'nin zamana karşı değişmezlik özelliğine sahip olduğu görülmektedir. Orjinal çalışmada test tekrar test korelasyon katsayısı yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r=0.880$; $p<0.05$). Zamana karşı değişmezlik özelliği bakımından bu çalışma orjinal çalışma ile benzer niteliktedir.

Güvenirlik araştırmasında zamana karşı değişmezlik ve iç tutarlılık analizleri kullanılmıştır. Zamana karşı değişmezlik için test tekrar test yöntemi, iç tutarlılık için

Cronbach's alfanın hesaplanması, Kuder Richardson 20 yöntemi ve madde toplam puan korelasyon katsayısı analizi kullanılmıştır.

KKD'nin iç tutarlılık analizleri sonucunda Cronbach's alfa değeri $\alpha=0,655$ olarak bulunmuştur. Cronbach's alfa katsayısı 0.00 ile 1.00 arasında değer alıp, değerlerin 1.00'e yakın olması güvenilirliğin yüksek olduğunu göstermektedir (219).

Bu çalışmada Cronbach's alfa katsayısı 0.655 olarak bulunduğu için anketin iç tutarlılık özelliği açısından güvenilir olduğu anlaşılmaktadır. Flemenkçe yapılan çalışmada faktör analizi iki alt bileşen göstermiştir: KKD1: “Temel faaliyetlere katılım” ve KKD2: “Karmaşık etkinliklere katılım” şeklindedir. Cronbach α KKD1 için 0.74 ve KKD2 için 0.57 bulunmuştur (248).

Flemenk versiyonunda KKD1: “Temel faaliyetlere katılım” iyi iç tutarlılık ve yeterli güvenilirlik göstermiştir. KKD2: “Karmaşık etkinliklere katılım” bileşeni tek başına kullanılan bir bileşen olmasına rağmen ölçüm özellikleri bakımından yetersiz olduğu anlaşılmıştır.

Orijinal çalışmada iç tutarlılık test edilmemiştir. Cronbach's alfa katsayısı hesaplanması yapılmadığından bu sonuçlar karşılaştırılamamıştır.

İç tutarlılığı ölçmek için kullanılan bir diğer yöntem Madde toplam puan korelasyonudur. Madde toplam puan korelasyonu bir maddenin ayırt edicilik indeksini vermektedir.

KKD'nin madde-toplam test korelasyon değerleri 0.23 ile 0.50 arasında değişkenlik gösterdiği için madde-toplam puan korelasyonları madde analizi için kabul edilebilir ve yeterli düzeydedir. KKD'nin orijinal çalışmasında madde toplam puan korelasyon katsayıları 0.20 ile 0.71 arasında değişmektedir (15). Flemenk versiyonu çalışmasında ise 0.57 ile 0.63 arasında değişkenlik göstermektedir (248).

KKD çalışması ICF'nin sınıflandırmasına göre bozukluk, özür ve engel modeline göre yapılmış olduğundan diğer katılım ölçeklerine göre daha sistemattir.

KKD, epidemiyolojik çalışmalarda geniş popülasyonların katılımlarını incelemesi açısından basit, açık, anlaşılabilir bir ölçektir. Bu sayede geniş kitleleri tanımlamak ve popülasyondaki büyük gruplar arasında ayırım yapmak kolaylaşmaktadır.

Bu çalışma ile KKD'nin geçerlik ve güvenilirliği sağlanarak, Türkçe validasyonunun yapılması Türk araştırmacılara ve klinisyenlere katılımı ICF ile uyumlu değerlendirebilecekleri yeni bir ölçek sağlamıştır.

KKD'nin Türkçe versiyon çalışması için orijinal makale referans alındığından, örneklem grubu olarak genel popülasyon alınmıştır. Genel popülasyona uygulanırken gönüllü bireylerin çalışmaya katılımını engelleyecek herhangi bir kronik rahatsızlık belirlenmemiştir.

KKD'nin sağlık bilimleri alanında çalışan pek çok profesyonel tarafından kullanılabilirliği düşünülmektedir. Özellikle katılımın etkileneceği düşünülen amputeler, geriatrikler, nörolojik hastalar gibi farklı örneklem gruplarında fizyoterapistler tarafından tercih edilebilir. Ayrıca KKD için yapılacak çalışmalarda örneklem büyüklüğünün sayısının artırılması daha güvenilir ve geçerli sonuçlar elde edilmesi açısından önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1-Bu tez, 50 yaş ve üstü olan bireylerin katılımlarının değerlendirilmesi için geliştirilmiş KKD'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması amacıyla yapılmıştır.

2-Örnekleme yapısının ve büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür. (KMO = 0.653 ; $\chi^2(55) = 784,402$; BTS p= 0.00).

3-Açıklayıcı faktör analizi sonrasında varyansın %33.52'sini açıkladığı ve tek faktörlü yapıda olduğu görülmüştür.

4-Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda modifikasyon sonrası X^2/df 'nin 2,162; GFI değerinin 0.910; CFI değerinin 0.940; RMSEA değerinin de 0.010 olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde olduğundan KKD'nin tek faktörlü yapısı doğrulanmıştır.

5-Test tekrar test güvenilirliği analizleri sonucunda zamana karşı değişmezlik özelliğine sahip olduğu bulunmuştur ($r=0.631$; $p<0.01$).

6- Ölçeklere dayalı geçerlilik için KKD ile KOEA, NYYKE, KF-36 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

7-Skalanın iç tutarlılık analizleri sonucunda Cronbach's alfa katsayısının ($\alpha=0,655$) ve tüm maddelerin madde toplam korelasyonlarının yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

8-Bu araştırma ile Türkçe'ye çevrilen "***Keele Katılım Değerlendirilmesi (KKD)***" nin ülkemizde, 50 yaş üstü bireylerde katılımın ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir anket olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

9-Toplumsal katılımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde daha ayrıntılı değerlendirmelerin kullanıldığı ve birey sayısının daha fazla olduğu çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

10-Yapılacak diğer araştırmalar için çeşitli hastalıklar sonucunda ortaya çıkan katılımın kısıtlandığı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği örneklem gruplarında KKD'nin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*. 2014;2-55.
2. Ivarsson A. B., Söderback, I., Stein, F. Goal. Intervention and outcome of occupational therapy in individuals with psychoses. Content analysis through a chart review. *Occupational Therapy International*. 2000;7(1):21-41.
3. Akyürek G. Engelli kişilerin toplumsal katilimlerini etkileyen faktörler incelenmesi tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergoterapi Bölümü. Ankara. 2011.
4. Hammell K. W. Quality of life, participation and occupational rights: A capabilities perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2015;62(2):78-85.
5. WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva. 2001.
6. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA) Retrieved February 12, 2018, from <http://www.ozida.gov.tr/>.
7. WHO. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented. *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence*. 2003.
8. Fallowfield L. What is quality of life ? *Health Economics*. 2009;5:1-8.
9. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması 2012. Ankara. 2013.
10. Ekenci M. Türkiye 2012 Sağlık Araştırması'nın Engelliliğe İlişkin Yaygınlık Ölçümü Açısından İncelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2015:2-35.
11. WHO. World report on disability. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation Association of Academic Physiatrists*. 2011.
12. Eser E., Aydemir Ö., Özyurt B., Akar C., A., Deveci, S., Eser, S., Ayık, C.

Dünya Sağlık Örgütü Engellilerde Yaşam Kalitesi Modülü Türkçe Sürümünün (WHOQOL-DIS-TR) Türk Toplumundaki Psikometrik Özellikleri 2. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018;29(1):36–46.

13. History T., Arasil T. Türkiye’de ve Dünyada Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonun Durumu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2008;54:1–3.

14. Wilkie R, Peat G, Thomas E, Croft P. Measuring the consequences of osteoarthritis and joint pain in populationbased studies. Can existing health measurement instruments capture levels of participation?. *Arthritis Care and Research*. 2004.

15. Wilkie R, Thomas E, Mottram S, Peat G, C. P. Onset and persistence of person-perceived participation restriction in older adults: a 3-year follow-up study in the general population. *Health Quality of Life Outcomes*. 2008.

16. Ventura S. J., Besharov, D. J. Data Needs for Measuring Family and Fertility Change After Welfare Reform 2 Vital Statistics from the National Center for Health Statistics .

17. Chamie M. The status and use of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). *World Health Statistics Quarterly. Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*. 1990; 43(4):273–280.

18. Grazio S. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and rheumatic diseases. *Reumatizam*. 2010;57(2):39–49.

19. Schiariti V., Klassen A. F., Cieza A., Sauve K., O’Donnell, M., Armstrong R., Mâsse L. C. Comparing contents of outcome measures in cerebral palsy using the international classification of functioning (ICF-CY): A systematic review. *European Journal of Paediatric Neurology*. 2014; 18(1):1-12.

20. Morgell R., Backlund L. G., Arrelöv B., Strender L.-E., Nilsson G. H. Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. *BMC Public Health*. 2011;11: 860.

21. Cieza A., Geyh S., Chatterji S., Kostanjsek N., Üstün B., Stucki G. ICF linking rules: An update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2005; 37(4):212-8.
22. WHO. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması: ICF. 2004
23. NPC, ICF. Nigeria Demographic and Health Survey 2013. *National Population Commission*. 2014
24. McLeod S., Threats T. The ICF-CY and children with communication disabilities. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2008;10(1):92-109
25. Bartoszek G., Fischer U., Müller M., Strobl R., Grill E., Nadolny S., Meyer G. Outcome measures in older persons with acquired joint contractures: a systematic review and content analysis using the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) as a reference. *BMC Geriatrics*. 2016;16:40.
26. Okochi J., Utsunomiya S., Takahashi T. Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005;29(3)46.
27. World Health Organisation. *ICD-10 Version:2016*. Who. 2016.
28. Americans N., Article, S., Haghiri H., Mokhber N., Azarpazhooh M. R., Haghghi M. B. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. 2013.
29. World Health Organisation. *Icd 10*. 2012.
30. Steiner W. A., Ryser L., Huber E., Uebelhart D., Aeschlimann A., Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*. 2002;82(11):1098–1107.
31. Stucki G. How to assess the impact of arthritis on the individual patient: the

WHO ICF. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(5):664-8.

32. K uc kdeveci A., Tennant A., Grimby G., Franchignoni F. Strategies for assessment and outcome measurement in Physical and Rehabilitation. 2011;43(8): 661-672.

33. Nagi SZ. Disability concepts revisited: implications for prevention, appendix A. Pope AM, Tarlov AR (Eds) *Disability in America: Towards a national agenda for prevention*. Washington DC: *National Academy Press*. 1991.

34. Verbrugge LM. New thinking and science on disability in mid-and late life. *Eur J Public Health*. 1995;5:20–28.

35. Cardol M., de Haan R. J., van den Bos G. A. M., de Jong B. A., de Groot I. J. M. The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). *Clinical Rehabilitation*. 1999;13(5):411–419.

36. Stucki G., Cieza, A., Melvin, J. The international classification of functioning, disability and health (ICF): A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007;39(4):279–285.

37. Ert rk B. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslar arası Sınıflandırılması. 2005.

38. Threats T. T., Worrall L. Classifying communication disability using the ICF. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2004;53-62.

39. Stucki G., Cieza A., Ewert T., Kostanjsek N., Chatterji S.,  st n T. B. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*. 2002;24(5):281-2.

40. Ustun T. B., Chatterji S., Bickenbach J., Kostanjsek N., Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*. 2003;25(11-12):565-71.

41. Oral A. ICF in rehabilitasyon tıbbında uygulanması. Arasıl T, Eskiuyurt N ( eviri

editörleri): Delisa Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ilkeler ve Uygulamalar. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2014; 301-24.

42. Oral A. Özür lülüğü olan bireylerin topluma yeniden entegrasyonu. Beyazova M, Kutsal YG (editörler): Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2011;105-20.

43. Demirkıran S. Sakatlık epidemiyolojisi ve rehabilitasyon süreci. In K. Beyazova M & Y. (editörler): (Eds.). Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara. 2011.

44. Küçükdeveci A. İnmeye özel fonksiyonel değerlendirme ölçekleri, Ankara. Pelikan Yayıncılık. 2012;569.

45. World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995.

46. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(1):37-48.

47. Çalık S. Özür lülüğün ölçülmesinde metodolojik yaklaşımlar. *Araştırması. Özveri Dergisi*. 2004; (2):153-375.

48. Wade D. T., Halligan P. W. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*. 2017;31(8):995-1004.

49. Öksüz E. S. M. *Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri*. Google Kitaplar. Ankara. 2005.

50. Frisch M. B. Quality of Life Therapy. In *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology*. 2016;409-425.

51. Anokye N. K., Trueman P., Green C., Pavey T. G., Taylor R. S. Physical activity and health related quality of life. *BMC Public Health*. 2012;12(1).

52. Carr A., Gibson B., Robinson P. Measuring quality of life: Is quality of life

- determined by expectations or experience? *BMJ*. 2001; 22(7296) :1240-1243.
53. Edisan Z., Kadioğlu F. *Lokman Hekim Journal*. 2013;3(3):1-4.
54. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. *Türk Tabipleri Birliği Yayınlar*. 2009.
55. Buller R., Sapin C. *Quality of life assessments in the development and clinical trials of new antipsychotics:Pharmaceutical industry perspective. Beyond Assessment of Quality of Life in Schizophrenia*. 2016 Springer International Publishing. 2016;157-173.
56. Tekkanat Ç. *Öğretmenlik Bölümünde Okuyan Öğrencilerde Yaşam Kalitesi Ve Fiziksel Aktivite Düzeyler*. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Denizli. 2008.
57. Ventegodt S., Andersen N. J., Merrick J. Quality of life philosophy I. Quality of life, happiness, and meaning in life. *TheScientificWorldJournal*. 2003;3:1164-1175.
58. Shira B. L. Economics and Psychology: Lessons For Our Own Day From the Early Twentieth Century. *Journal of Economic Literature*. 1996;34:1293-1323.
59. Aydıner Boylu A., Paçacıoğlu, B. YaşamKalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*. 2016;137-150.
- 60 .Pekel A. *Spor Yöneticiliği Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerinin Akademik Öz Yeterlilikleri Ve Üniversite Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Tezi*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Bölümü. Kayseri. 2016.
61. Lohr K. N. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research*. 2002;65-110.
62. Campbell A. *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and satisfactions*. Russe Sage (Pub.), New York. 1970.
63. Yancar C. *Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite Ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi*

Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi. 2005.

64. Hildebrand J., Maycock B., Howat P., Burns S., Allsop S., Dhaliwal S., Wynne L. C. Environmental influences on healthy and active ageing: a systematic review. *Plos One*. 2014;34 (4): 590-622.

65. Wolinsky F. D., Andresen E. M. Quality of life assessment. In *The Wiley Handbook on the Aging Mind and Brain*. 2017;223-251.

66. Klocek M. Quality of life after stroke. In *Health-Related Quality of Life in Cardiovascular Patients*. 2013;103-117.

67. Demirkıran S. *Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları, Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul. 2012.

68. Fairclough D. L. *Design And Analysis of Quality of Life Studies In Clinical Trials* ((2nd ed.)). Florida: FL: Taylor and Francis Group. 2010.

69. Chan D. S. K., Chau J. P. C., Chang, A. M. Acute coronary syndromes: cardiac rehabilitation programmes and quality of life. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;49(6):591–599.

70. Torlak S. E., Yavuzçehre, P. S. Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*. 2008;17 (2): 23.

71. Koçoğlu S., D., Akın B. Yaşam Biçimi Davranışları, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, H. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi . 2009;2(4):145–154.

72. Ireland Capital & Health Survey. A Report on the allIreland capital & health survey: Inequalities in perceived health. 2000.

73. Kowaltowski D. C. C. K., Gomes da Silva V., Pina S. A. M. G., Labaki L. C.,Ruschel R. C., Moreira D. C. “Quality of Life and SustainabilityIssues as Seen by

the Population of Low-Income Housing in the Region of Campinas, Brazil”,. *Habitat International*. 2006;30:1100–1.

74. Guallar-Castillón P., Redondo Sendino Á., Banegas J. R., López-García E., Rodríguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*. 2005;60(6): 1229–1240.

75. Li L., Wang, H. M., Shen Y. Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(4):259–263.

76. WHO. Unit of Ageing and Life Course; Department of Gender and Women’s Health. Gender, Health and Ageing. *Gender and Health*. 2003.

77. Hoeymans N., Van Lindert H., Westert G. P. The health status of the Dutch population as assessed by the EQ-6D. *Quality of Life Research*. 2005;54:285

78. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı. *Kadın Sağlığı Bakışı, Yaşlanan Kadın Sempozyumu*. 2009.

79. Vergel Y. B., Sculpher M. Quality-adjusted life years. *Practical Neurology*. 2008.

80. Bright L. Quality of life in care homes. *Nursing Older People*. 2007

81. Baykan Z. *Halk Sağlığı*. (O. G. Yusuf Öztürk, Ed.) (Erciyes Üniversitesi Yayınları. Kayseri. 2011.

82. World Health Organisation. Obesity. 2004. <https://doi.org/10.1097/01.NNE.0000343405.90362.15>

83. Bergland A., Narum I. Journal of Aging and Health. *Journal Of Aging And Health*. 2007.

84. Musselwhite C., Haddad H. Mobility accessibility and quality of later life. *Quality in Ageing*. 2010;11 (1)

85. Owsley, C.. Aging and vision. *Vision Research*. 2011.
86. Buntinx W. H. E., Schalock R. L. Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2010.
87. Niccoli T., Partridge L. Ageing as a risk factor for disease. *Current Biology*. 2012.
88. Samani N. J., Van Der Harst P. Biological ageing and cardiovascular disease. *Heart*. 2008;94 (5): 9-47
89. Pinto E. Blood pressure and ageing. *Postgraduate Medical Journal*. 2007;83(976):4-39
90. Lowery E. M., Brubaker A. L., Kuhlmann E., Kovacs E. J. The aging lung. *Clinical Interventions in Aging*. 2013.
91. Lalley P. M. The aging respiratory system—Pulmonary structure, function and neural control. *Respiratory Physiology & Neurobiology*. 2013; 187(3):199–210.
92. Miller. M. R. Structural and physiological age-associated changes in aging lungs. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2010;(3):152-200
93. Duggan E. C., Graham R. B., Piccinin A. M., Jenkins N. D., Clouston S., Muniz Terrera G., Hofer S. M. A Systematic Review of Pulmonary Function and Cognition in Aging. *The Journals of Gerontology*. 2018.
94. Zaugg M., Lucchinetti E. Respiratory Function In The Elderly. *Anesthesiology Clinics of North America*. 2000;18(1):47–58.
95. Watanabe, T. Diffusion and Flow, and Respiratory System. *Biophysical Basis of Physiology and Calcium Signaling Mechanism in Cardiac and Smooth Muscle*. 2018;139–161.
96. US Department of Health and Human Services. Bone health and osteoporosis: a report of the Surgeon General. *US Health and Human Services*. 2004.

97. Demontiero O., Vidal C., Duque, G. Aging and bone loss: New insights for the clinician. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*. 2012.
98. Ager I. W., Balooch G., Ritchie R. O. Fracture, aging, and disease in bone. *Journal of Materials Research*. 2006.
99. Svedbom A., Hernlund E., Ivergård M., Compston J., Cooper C., Stenmark J. Kanis J. A. Osteoporosis in the European Union: A compendium of country-specific reports. *Archives of Osteoporosis*. 2013;1-37
100. Nedergaard A., Henriksen K., Karsdal M. A., Christiansen C. Musculoskeletal ageing and primary prevention. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2013.
101. Thompson, D. D. Aging and sarcopenia. *Journal of Musculoskeletal & Neuronal Interactions*. 2007.
102. In A., Features, P. Physiological Features of Aging Persons. 2003;138.
103. Pelvig D. P., Pakkenberg H., Stark A. K., Pakkenberg B.. Neocortical glial cell numbers in human brains. *Neurobiology of Aging*. 2008;(2):96-105.
104. Geerligs L., Renken, R. J., Saliassi E., Maurits N. M., Lorist M. M. A Brain-Wide Study of Age-Related Changes in Functional Connectivity. *Cerebral Cortex* .2015.
105. Harada C. N., Natelson Love, M. C., Triebel K. L Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2013
106. Gkikas I., Petrato D., Tavernarakis N. Longevity pathways and memory aging. *Frontiers in Genetics*. 2014;155
107. Mora F., Segovia G.,del Arco A. Aging, plasticity and environmental enrichment: Structural changes and neurotransmitter dynamics in several areas of the brain. *Brain Research Reviews*. 2007.
108. Boldrini M., Fulmore C. A., Tartt A. N., Simeon L. R., Pavlova I., Poposka V.

- Mann J. J. Human Hippocampal Neurogenesis Persists throughout Aging. *Cell Stem Cell*. 2018.
109. Fjell A. M., Walhovd K. B. Structural brain changes in aging: Courses, causes and cognitive consequences. *Reviews in the Neurosciences*. 2010.
110. Steves A. M., Dowd S. B., Durick D. Caring for the Older Patient, Part II: Age-Related Anatomic and Physiologic Changes and Pathologies. *J Nucl Med Technol*. 1997;25, 86–97.
111. Zhang C., Cao M. Study of behavior of calcium carbonate whisker-reinforced high strength cement-based composite materials. *Revista Tecnica de La Facultad de Ingenieria Universidad Del Zulia*. 2014;37(1), 58–62.
112. Diaconescu A. O., Hasher L., McIntosh A. R. Visual dominance and multisensory integration changes with age. *NeuroImage*. 2013.
113. Huang Q., Tang J. Age-related hearing loss or presbycusis. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2010;12-70.
114. Anderson S., White-Schwoch T., Choi H. J., Kraus N. Training changes processing of speech cues in older adults with hearing loss. *Frontiers in Systems Neuroscience*. 2013.
115. Faulkner J. A., Larkin L. M., Claflin D. R., Brooks, S. V. Erratum: *Rubber Chemistry and Technology*. 2001;73(5):937.
116. Farage M. A., Miller K. W., Elsner P., Maibach H. I. Structural Characteristics of the Aging Skin: A Review. *Cutaneous and Ocular Toxicology*. 2007; 26(4):343–357.
117. Fore J. A review of skin and the effects of aging on skin structure and function. *Ostomy/Wound Management*. 2006;52(9): 24-35.
118. Wood J. M. Aging, driving and vision. *Clinical and Experimental Optometry*. 2002:30-40

119. Owsley C., Ghate D., Kedar S. Vision and aging. In *The Wiley Handbook on the Aging Mind and Brain*. 2017:296-314.
120. Keil A., Freund, A. M. Changes in the Sensitivity to Appetitive and Aversive Arousal Across Adulthood. *Psychology and Aging*. 2009; 24(3): 668-680
121. Chahal H. S., Drake W. M. The endocrine system and ageing. *Journal of Pathology*. 2007; 211(2) :173-180.
122. Barroso I. Genetics of Type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2002; 83(12): 1477-1482
123. Tracey M. L., McHugh S. M., Buckley C. M., Canavan R. J., Fitzgerald A. P., Kearney P. M. The prevalence of Type 2 diabetes and related complications in a nationally representative sample of adults aged 50 and over in the Republic of Ireland. *Diabet Med*. 2016; 33(4):441-445
124. Dorshkind K., Montecino-Rodriguez E., Signer R. A. J. The ageing immune system: Is it ever too old to become young again? *Nature Reviews Immunology*. 2009;9:57–62.
125. Gruver A. L., Hudson L. L., Sempowski G. D. Immunosenescence of ageing. *Journal of Pathology*. 2007; 211(2):144-156.
126. Kuchel G. A., Dubeau C. E. Urinary Incontinence in the Elderly. *American Society of Nephrology*. 2009;25 (3):445–457.
127. Navaratnarajah A., Jackson S. H. D. The physiology of ageing. *Medicine*. 2013; 41(1):5-8.
128. Wold G. Basic geriatric nursing. In *Elsevier*. 2013;97
129. Alexopoulos G. S. Depression in the elderly. In *Lancet*. 2005;24(7):14-22
130. Bulanda J. R. Gender, marital power, and marital quality in later life. *Journal of Women and Aging*. 2011;23(1):3-22
131. Robards J., Evandrou M., Falkingham J., Vlachantoni A. Marital status, health and mortality. *Maturitas*. 2012; 295-299

132. Heta M., Pekka M. Nonmarital Cohabitation Among Older Finnish Men and Women: Socioeconomic Characteristics and Forms of Union Dissolution. *Social Sciences*. 2009; 64:507–516.
133. Blomgren J, Martikainen P, Grundy E, K. S. Marital history 1971–91 and mortality 1991–2004 in England & Wales and Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2010;66(1):30–36.
134. Greenhaus J. H., Collins K. M., Shaw, J. D. The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*. 2003;63(3):510-531
135. Turgut T. Çalışmaya Tutkunluk: İş Yükü, Esnek Çalışma Saatleri, Yönetici Desteği Ve İş-Aile Çatışması İle İlişkisi . *Ataturk University Journal of Economics & Administrative Sciences*. 2011;25(3/4): 155–179.
136. Hammer L. B., Zimmerman, K. L. Quality of work life. *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology, 2011; Vol 3: Maintaining, Expanding, and Contracting the Organization*. 2011; 39(4):489–495.
137. Gayathiri R., Ramakrishnan L. *Quality of Work Life-Linkage with Job Satisfaction and Performance*. *International Journal of Business and Management Invention*. 2013;2:1-8.
138. Uncu Y, Bayram N, B. N. Job related affective well-being among primary health care physicians. *European Journal of Public Health*. 2006;7 (5):514–519.
139. Veenhoven R. The Study of Life Satisfaction. *Quality*. 1996;11-48.
140. Noor S. M., Abdullah M. A. Quality Work Life among Factory Workers in Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012:2-144
141. Küçükdeveci A. Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2005;51(Özel Ek(4): 23–29.
142. Dijkers M. P. (n.d.). Individualization in Quality of Life Measurement: Instruments and Approaches. <https://doi.org/10.1053/apmr.2003.50241>

143. Başaran S., Güzel R., T. S. Quality Of Life And Health Outcome Assessment Questionnaires. 2005;20(1):55–63.
144. WHO, The world health organization quality of life (WHOQOL)-bref. *World Health Organization*. 2004.
145. WHO. WHOQOL: measuring quality of life. *Psychol Med*, 1998; 28(3): 551–558.
146. Burckhardt C. S., Anderson K. L. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003; 84(2):3-14.
147. Garratt A., Schmidt L., Mackintosh A., Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. 2002; 324(7351):1417.
148. Geyh S, Cieza A, S. G. Evaluation of the German translation of the Stroke Impact Scale using Rasch analysis. *Clin Neuropsychol*. 2009;23:978–995.
149. Scott DL, G. T.. Quality of life measures: use and abuse. *Baillieres Best Practice and Research Clinical Rheumatology*. 2000;14(4):663–687.
150. Leplège A. The Problem of Quality of Life in Medicine. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 1997;278(1):47.
151. Söderman P, M. H. Is the Harris hip score system useful to study the outcome of total hip replacement? *Clinical Orthopedics and Related Research*. 2001;384:189–97.
152. Bellamy N, Campbell J, Haraoui B. Dimensionality and clinical importance of pain and disability in hand osteoarthritis: development of the Australian. 2002; 10(11):855–862.
153. Duruöz MT, Poiraudau S, Fermanian J. Development and validation of a rheumatoid hand functional disability scale that assesses functional handicap.

Journal of Rheumatology. 1996;23(7):1167–1172.

154. Küçükdeveci A. A., Sahin H., Ataman S., Griffiths B., Tennant A. Issues in cross-cultural validity: Example from the adaptation, reliability, and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Care & Research*. 2004;51(1):14–19.

155. Fries J. F., Spitz P., Kraines R. G., Holman H. R. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 1980;23(2):137–145.

156. Meenan R. F., Mason J. H., Anderson J. J., Guccione A. A., Kazis L. E. AIMS2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*. 1992;35(1): 1–10.

157. Koltarla S. *Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması Tezi*. İstanbul. 2008.

158. Carr A. J., Higginson, I. J. Are quality of life measures patient centred? *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 2001;322(7298):1357–1360.

159. Arslan S., Bozgeyik S., Ateş Numanoğlu E., Öksüz Ç., Alemdaroğlu İ., Karaduman A. A., Tunca Yılmaz Ö. Genç Bireylerde Fiziksel Aktivitenin Akademik Başarı ve Depresyon Üzerine Etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2018;6(1):37–42.

160. Aslan N., Cansever, B. A. Ergenlerin Boş Zaman Değerlendirme Algısı *Journal of Education*). 2012; 42:23–35.

161. Kankaya H., Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi*. 2017; 6(64):21–29.

162. Pınar Ş. E., Demirel G. Huzurevinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2016; 9(1):39-52.

163. Cingil D., Bodur, S. Karaman İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Bağımlılık Düzeyleri, Demografik Ve Medikal Özelliklerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;11(3).
165. Reistetter T. A., Spencer J. C., Trujillo L., Abreu B. C. Examining the Community Integration Measure (CIM): a replication study with life satisfaction. *NeuroRehabilitation*. 2005;20 (2):139–148.
166. McColl M. A., Davies D., Carlson P., Johnston J., Minnes P. The community integration measure: Development and preliminary validation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2001;82(4): 429–434.
167. Anderson C. J., Krajci K. A., Vogel L. C. Community integration among adults with spinal cord injuries sustained as children or adolescents. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2003;45(2):129–134.
168. Kostanjsek N. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. In *BMC Public Health*. 2011.
169. Willer B., Rosenthal M., Kreutzer J. S., Gordon W. A., Rempel R. Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2008;22(11):820-835.
170. Davidson M., Keating J. L. A comparison of five low back disability questionnaires: Reliability and responsiveness. *Physical Therapy*. 2002.
171. Richards C. L., Malouin F., Nadeau S. Stroke rehabilitation: Clinical picture, assessment, and therapeutic challenge. *Progress in Brain Research*. 2015.
172. Desrosiers J., Noreau L., Rochette A. Social participation of older adults in Quebec. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2004; 16(5):406-412
173. Whiteneck G. G., Harrison-Felix C. L., Mellick D. C., Brooks C. A., Charlifue S. B., Gerhart K. A. Quantifying environmental factors: A measure of physical, attitudinal, service, productivity, and policy barriers. *Archives of Physical Medicine*

and Rehabilitation. 2004.

174. Crawford A., Hollingsworth H. H., Morgan K., Gray D. B. People with mobility impairments: Physical activity and quality of participation. *Disability and Health Journal*. 2008; 1(1):7-13

175. Ginsburg F., Rapp R. *Disability Worlds. Annual Review of Anthropology*. 2013; 42:53-68.

176. Hartman-Maeir A., Soroker N., Ring H., Avni N., Katz N. Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2007;29(7): 559-566.

177. Lones S., Hill K. N., Lavela J. N. *Examining Participation among Persons with Spinal Cord Injuries and Disorders Using Photovoice. The Qualitative Report*. 2017; 1830-1847.

178. Burcu E. Türkiye’de Yeni Bir Alan: “Engellilik Sosyolojisi” Ve Gelişimi. *Istanbul Journal of Sociological Studies*. 2015.

179. Brock K., Black S., Cotton S., Kennedy G., Wilson S., Sutton E. Goal achievement in the six months after inpatient rehabilitation for stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2009;31(11) :880-886

180. Walsh M. E., Galvin R., Loughnane C., Macey C., Horgan N. F. Community re-integration and long-term need in the first five years after stroke: Results from a national survey. *Disability and Rehabilitation*. 2015; 37(18):1599-608.

181. Atacan H., Ocak T. Farkli endüstri ortamında çalışan bedensel engellilerin toplumsal katılım düzeylerinin incelenmesi Tezi. 2014.

182. Gallanagh S., Castagno D., Wilson B., Erdmann E., Zannad F., Remme W. J. McMurray J. J. V. Evaluation of the Functional Status Questionnaire in Heart Failure: A Sub-study of the Second Cardiac Insufficiency Bisoprolol Survival Study (CIBIS-II). *Cardiovascular Drugs and Therapy*. 2011;25(1):77–85.

183. Rubenstein, L. Z., Alessi, C. A., Josephson, K. R., Trinidad Hoyl, M., Harker, J. O., & Pietruszka, F. M. A randomized trial of a screening, case finding, and referral system for older veterans in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007; 55(2): 166-174
184. Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1990;157: 853-859
185. Addington J., Penn D., Woods S. W., Addington D., Perkins D. O. Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*. 2014; 42(5): 526-534
186. Hellvin T., Sundet K., Vaskinn A., Simonsen C., Ueland T., Andreassen O. A., Melle, I. Validation of the Norwegian version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia and bipolar disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2010;51(6):525-533
187. Tyrer P., Nur U., Crawford M., Karlsen S., McLean C., Rao B., Johnson T. The social functioning questionnaire: A rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry*. 2005; 51(3) :265-275.
188. Erakay S.Y. Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması. İzmir. 2001
189. Nasrallah H., Morosini P., Gagnon D. D. Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2018;161(2):213–224.
190. Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli, R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;101(4):323–329.
191. Lee H., Lee Y., Choi H., Pyun S. B. Community integration and quality of life

in aphasia after stroke. *Yonsei Medical Journal*. 2015.

192. Health M., Statistics, H. Whodas 2.0. *Assessment*. 2010.

193. Hu L., Zang Y. L., Li, N. The applicability of WHODAS 2.0 in adolescents in China. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(17-18): 2438-2451.

194. Üstün T. B. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. *World Health Organization*. 2010; 32(17): 1397-1405.

195. Üstün T. B., Chatterji S., Kostanjsek N., Rehm J., Kennedy C., Epping-Jordan J. Pull. Developing the world health organization disability assessment schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010; 88(11): 815-823.

196. Garin O., Ayuso-Mateos, J. L., Almansa J., Nieto M., Chatterji S., Vilagut G. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010.

197. Schlote A., Richter M., Wunderlich M. T., Poppendick U., Miller C., Schwelm K., Wallesch C. W. WHODAS II with people after stroke and their relatives. *Disability and Rehabilitation*. 2009; 31(11): 855-864.

198. Kunt D., F. D. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2016; 27(1):6.

199. Kaplan C. P. The community integration questionnaire with new scoring guidelines: Concurrent validity and need for appropriate norms. *Brain Injury*. 2001; 15(8):725-731.

200. Reid-Arndt S. A., Nehl C., Hinkebein J. The Frontal Systems Behaviour Scale (FrSBe) as a predictor of community integration following a traumatic brain injury. *Brain Injury*. 2007; 21(13-14) :1361-1369

201. Wilier B., Ottenbacher K. J., Coad M. Lou. The Community Integration Questionnaire A Comparative Examination. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1994;73(2):103-111.
202. Kratz A. L., Chadd E., Jensen M. P., Kehn M., Kroll T. An examination of the psychometric properties of the community integration questionnaire (CIQ) in spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2015; 38(4): 446-455.
203. Baum C. M., Dunn, W., Law M. C. *Measuring occupational performance : supporting best practice in occupational therapy*. Published in 2005 in Thorofare (N.J.) by Slack. 2006;53(3) :246.
204. Law M., Baptiste S., Carswell A., Mccoll M. A., Polatajko H., Pollock N., M, D. L. *Canadian occupational performance measure Assessment*. 2000.
205. Olfson M., Wall M., Liu S.-M., Morin C. M., Blanco C. Insomnia and Impaired Quality of Life in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2018; 79(5).
206. Dedding C., Cardol M., Eyssen I. C. J. M., Dekker J., Beelen A. Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation*. 2004;18(6): 660-667.
207. Eyssen I. C. J. M., Steultjens M. P. M., Oud T. a M., Bolt E. M., Maasdam, A., Dekker J. Responsiveness of the canadian occupational performance measure. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2011; 92:983–97.
208. Tozato F., Tobimatsu Y., Wang C.-W., Iwaya T., Kumamoto K., Ushiyama T. (n.d.). *Reliability and Validity of the Craig Handicap Assessment and Reporting Technique for Japanese Individuals with Spinal Cord Injury*. *Tohoku J. Exp. Med* . 2005; 205(4) :357-366.
209. Whiteneck G., Meade M. A., Dijkers M., Tate D. G., Bushnik T., Forchheimer, M. B. Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2004;85 (11): 1793–1803.
210. Golhasani-Keshtan F., Ebrahimzadeh M. H., Fattahi A. S., Soltani-Moghaddas

S. H., Omid-Kashani F. Validation and cross-cultural adaptation of the Persian version of Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART) short form. *Disability and Rehabilitation*. 2013; 35(22):1909-1914

211. Hanson C. S., Nabavi D., Yuen, H. K. The Effect of Sports on Level of Community Integration as Reported by Persons with Spinal Cord Injury. *American Journal of Occupational Therapy*. 2001; 55(3):332-8.

212 Dijkers M., Yavuzer G., Ergin S., Weitzenkamp D., Whiteneck G. A tale of two countries: environmental impacts on social participation after spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2002;40(7):351–362.

213. Kurt M. Katılım Ve Otonomi Etki Anketi'nin (Ipaq-Impact On Participation And Autonomy Questionnaire) Türkçeye Adaptasyon, Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Ankara.2012.

214. Fallahpour M., Jonsson H., Joghataei M. T., Kottorp A. Impact on Participation and Autonomy (IPA): Psychometric evaluation of the Persian version to use for persons with stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2011;18(1):59–71.

215. Demirdel S., Bayramlar K. Amputasyondan sonra normal yaşama yeniden katılım sürecinin yaşam kalitesi ve fonksiyonel düzey ile ilişkisi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 2014;25(3):93–99.

216. Nissen S. J., Newman W. P. Factors influencing reintegration to normal living after amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1992;73(6):548–551.

217. Wilkie R., Peat G., Thomas E., Hooper H., Croft P. R. The Keele Assessment of Participation: A new instrument to measure participation restriction in population studies. Combined qualitative and quantitative examination of its psychometric properties. *Quality of Life Research*. 2005.

218. Wilkie R., Jordan J. L., Muller S., Nicholls E., Healey E. L., Van Der Windt D. A. Measures of social function and participation in musculoskeletal populations:

Impact on Participation and Autonomy (IPA), Keele Assessment of Participation (KAP), Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC), Participation Objective, Participation S. *Arthritis Care and Research*. 2011

219. Ercan İ., Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211–216.

220. Acar M., Özkan Y. Ö. *Elektronik sosyal bilimler dergisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* . 2015 (14).

221. Deniz Z, K. The Adaptation of Psychological Scales. *Journal of Faculty of Educational Sciences*. 2007;40(1):1–16.

222. Yılmaz M., Gürçay D., Ekici G. Akademik özyeterlik ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;33:253–259.

223. Acaroğlu R. Revize Edilen Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2014; 22(1):8.

224. Aiken, L. R. *Questionnaires and inventories : surveying opinions and assessing personality*. J. Wiley. 1997.

225. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi*. 2002;32:470–48.

226. Beaton D. E., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24):3186–3191.

227. Gözüm S, A. S.Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;5:3–14.

228. Brislin R. W., Lanner W. J. ve Thorndike, R. M. *Questionnaire wording and translation. Cross cultural research methods*. 1973.

229. Fitzpatrick R., Davey C., Buxton M. J., Jones D. R. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*. 1998.
230. Yeniçeri Z., Çırakoğlu O. C, G. S. *Psikolojide Ölçme, Değerlendirme ve İstatistik Uygulamaları*. (Z. Y. Okan Cem Çırakoğlu, Ed.). Ankara. 2007.
231. Başusta N. Ölçme eşdeğerliği. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 2010;1(2):58–64.
232. Karakoç F. Y., Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;40:39–49.
233. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik Tezi*. Ankara. 2005.
234. Çatal E. *Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir. 2007
235. Kalaycı Ş. *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti. 2009.
236. Cardol M., De Haan R. J., De Jong B. A., Van den Bos G. A. M., De Groot I. J. M. Psychometric properties of the impact on participation and autonomy questionnaire. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2001; 82(2):210–216.
237. Cardol M., Beelen, A., van den Bos G. A., de Jong B. A., de Groot I. J., de Haan R. J. Responsiveness of the impact on participation and autonomy questionnaire. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002;83(11):1524–1529.
238. Ware J. E., Sherbourne C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;30(6):473–483.

239. Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G., Ölmez N., Memiş A. K. Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Ilaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12(1):102–106.
240. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. . *Applied Nursing Research*. 1992;5:194–197
241. Cronbach L. J. Coefficient Alpha And The Internal Structure Of Tests. 1951;16(3).
242. Meydan C.H, Şeşen H. *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık. 2011.
243. Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu ,*Türk Psikologlar Derneği*. Ankara. 1997 .
244. Kline P. *Handbook of Psychological Testing*. (P. Kline, Ed.) (2nd ed.). London,1999.
245. Hakstian A. R., Barchard K. A. Toward more robust inferential procedures for coefficient alpha under sampling of both subjects and conditions. *Multivariate Behavioral Research*. 2000;35(4): 427–456.
246. Bademci V. Türk Eğitim ve Biliminde Bilimsel Devrim: Testler Ya Da Ölçme Araçları Güvenilir Ve Geçerli Değildir. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2011;16:116–132.
247. Dawson J., Fitzpatrick R., Murray D., Carr A. Comparison of measures to assess outcomes in total hip replacement surgery. *Quality in Health Care : QHC*. 1996;5(2): 81–88.
248. Hermsen L. A. H., Terwee C. B., Leon S. S., Van Der Zwaard B., Smalbrugge M., Dekker J., Wilkie R. Social participation in older adults with joint pain and comorbidity; testing the measurement properties of the Dutch Keele Assessment of Participation. *BMJ*. 2013;3.

249. Marx R. G., Menezes A., Horovitz L., Jones E. C., Warren R. F. A. Comparison of two time intervals for test-retest reliability of health status instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003; 56(8):730–735.



EK: 1

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Kevser GÜRSAN

Doğum Yeri : Konak/İZMİR

Doğum Yılı : 20.04.1992

Medeni Hali : Bekar

EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 2006-2010 : İzmir Narlıdere Anadolu Lisesi (Birincilikle)

**Lisans 2012-2016 : Ahi Evran Üniversitesi- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Yüksekokulu- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü (Üçüncülükle)**

MESLEKİ BİLGİLER

2016- 2017: İzmir Çalışkan Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (Fizyoterapist)

EK: 2

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 170058

Karar No : 27

Araştırma Yürütücüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi KEYSER GÜRSAN

Kurumu / Birimi

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTUSU / FİZYOTERAPİ VE
REHABİLİTASYON

Araştırmanın Başlığı

Keele Katılım Değerlendirmesinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve
Güvenlilik Çalışması

Başvuru Formunun Etik Kurula
Geldiği Tarih

07.11.2017

Başvuru Formunun Etik Kurulda
İncelendiği Tarih

08.11.2017

Karar Tarihi

22.11.2017

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA : Araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

MSKÜ İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi
madde 6/2-c'ye göre toplantıya katılmamıştır.

Prof. Dr. Banu BAYAR
Başkan

Prof. Dr. Ali AKAR
Üye

Prof. Dr. Özcan SAYGIN
Üye

Prof. Dr. Umut AVCI
Üye

Prof. Dr. Harun ÜÇÜNCÜ
Üye

Prof. Dr. Nevide DELLAL
Üye

Prof. Dr. Nurcan CENGİZ
Üye

EK: 3

16. 10. 2017

PALMIYE ALIŞVERİŞ MERKEZİ KAT MALİKLERİ YÖNETİM KURULUNA,

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans tez öğrenciyim. Kurumunuzda yapacağım "Keele Assessment of Partokpaton (KAP)" çalışmamın iznini talep ediyorum.

Gereğini yapılmasını arz ederim.

Adres: Fevzi Çakmak Mah. Turpukler Sok.
No. 4311 Alper Apt. BALÇOVA / İZMİR.

Kenan GÜRSAN

PALMIYE ALIŞVERİŞ
MERKEZİ KAT MALİKLERİ
YÖNETİM KURULU
Mithatpaşa Cad. No:34
Balçova / İZMİR
Balçova V.D. / 20 045 0438

414 gündür.

EK: 4

Kevser Gursan <kevserg92@gmail.com>

Alıcı: r.wilkie@keele.ac.uk

Hello. I'm a postgraduate in Muğla Sıtkı Koçman university.

We quite like your works.

We want to prepare of this works Turkish Validity and Reliability.

I wonder If you approve this idea/work or not.

Thanks a lot.

12.10.2017

Dear Kevser,

Yes I approve you translating the KAP and esting its psychometric properties - let me know how your work progresses.

Good luck.

Ross

Dr Ross Wilkie

Senior Lecturer In Epidemiology and Public Health

Arthritis Research UK Primary Care Centre

Research Institute for Primary Care & Health Sciences

Keele University

Staffordshire, ST5 5BG

Tel: 01782 734845

Fax: 01782 734719

[email: r.wilkie@keele.ac.uk](mailto:r.wilkie@keele.ac.uk)

<http://www.keele.ac.uk/pchs/>

13.10.2017

EK: 5

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmacılar Tarafından Yapılan Bilgilendirme:

Keele Katılım Değerlendirmesinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik alıŐması adlı alıŐma Kevser Gürsan tarafından gerçekleŐtirilecektir. Araştırma 50 yaş üzeri bireylerde günlük yaşam aktivitelerini, sosyal hayatlarını, mobilitelelerini ve çeşitli fiziksel aktivite içeren iŐlerde bireyin katılımını değerlendirmeyi sağlayacak bir anket olan Keele Katılım Değerlendirmesinin Türkçe uyarlamasını yapmak, kültürel adaptasyonunu sağlamak, geçerlik ve güvenirliğini göstermek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anket 15 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 2-4 dk zamanınızı alacaktır. Bunun dışında sosyodemografik form, Katılım ve Otonomi Etki Anketi, Normal Yaşama Yeniden Katılım Anketi ve Kısa Form-36 Sağlık lği doldurmanız gereken diğer formlar arasında yer almaktadır. Bütün formları doldurmanız yaklaşık 25 dakikanızı alacaktır.

EK: 6

.././2018

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1.Aşağıda imzası olan ben Kevser Gürsan Keele Katılım Değerlendirmesi Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

2.Bu çalışmayı yürüten Kevser Gürsan çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.

3.Araştırmacı Kevser Gürsan'a çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum.Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.

4.Araştırmacı Kevser Gürsan'a bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum.

5.Çalışma boyunca tüm kurallara uymayı, araştırmacı Kevser Gürsan ile tam bir uyum içinde çalışmayı ve konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu aramayı kabul ediyorum.

6. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

7.Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

Katılımcının Adı Soyadı

Tarih

İmza:

Araştırmacının Unvanı

Adı Soyadı: Fzt Kevser Gürsan

İmza:

EK: 7

SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU

Ad-Soyad :

Yaş:

Cinsiyet: () K () E

Boy:

Kilos:

Dominant El:

Sosyal Güvence:

Eğitim Durumu:

() Okuma yazma bilmiyor.

() Okur — Yazar

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Üniversite

Medeni Durum:

() Bekar

() Evli

() Boşanmış

Tıbbi Hikaye:

İlave Hastalıklar:

Kullanılan Yardımcı Alet:

Çalışırken Kullanılan Yardımcı Alet:

Ambulasyona Yardımcı Cihazlar:

Kullanmıyor

Tripot

Kanadyen

Baston

Walker

KoltukDeğneği

EK: 8

KEELE ASSESSMENT OF PARTICIPATION

We are interested in some of the things that are necessary for you to live your life in the way you choose. We are particularly interested in how often these things are achieved in the way you would like.

When answering the questions, please think about the past four weeks. It does not matter if you require the help of other people or from gadgets and machines. We would simply like to know if the activity IS achieved to the extent that you want it to be.

Please read each statement below and put a cross in the box, which comes closest to how much you agree with the statement. Please put a cross in one box only for each line.

1. During the past 4 weeks, I have moved around in my home, as and when I have wanted.

All the time the time	Most of the time	Some of	A little the time	None of of the time
-----------------------------	---------------------	---------	----------------------	------------------------

2. During the past 4 weeks, I have moved around outside my home, as and when I have wanted.

All the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
-----------------	---------------------	---------------------	-------------------------	---------------------

3. During the past 4 weeks, my self-care needs (examples are washing, toileting, dressing, feeding, maintaining health) have been met, as and when I have wanted.

All Most of Some of A little None of the
time the time the time of the time the time

4. During the past 4 weeks, my home has been looked after, as and when I have wanted.

All Most of Some of A little None of
the time the time the time of the time the time

5. During the past 4 weeks, my things (belongings) have been looked after, as and when I have wanted.

All Most of Some of A little None of
the time the time the time of the time the time

6. Do you have any relatives, or other people, who depend on you?

Yes No

If yes, during the past 4 weeks, were these people looked after, as and when you wanted?

All Most of Some of A little None of
the time the time the time of the time the time

7. During the past 4 weeks, I have met and spoken to other people as and when I have wanted.

All the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
-----------------	---------------------	---------------------	-------------------------	---------------------

8. During the past 4 weeks, I, or someone else on my behalf, have managed my money, as I have wanted.

All the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
-----------------	---------------------	---------------------	-------------------------	---------------------

9. Do you choose to take part in paid or voluntary work?

Yes

No

If yes, during the past 4 weeks, have you taken part in paid or voluntary work, as and when you have wanted?

All the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
-----------------	---------------------	---------------------	-------------------------	---------------------

10. Do you choose to take part in education or training courses?

Yes

No

If yes, during the past 4 weeks, have you taken part in education or training, as and when you have wanted?

All the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
-----------------	---------------------	---------------------	-------------------------	---------------------

11. Do you choose to take part in social activities?

(Examples of social activities are community and religious activities, meeting up with friends, going to clubs)

Yes

No

If yes, during the past 4 weeks, have you taken part in social activities, as and when you have wanted?

All
the time

Most of
the time

Some of
the time

A little
of the time

None of
the time

EK: 9

KEELE KATILIM DEĞERLENDİRMESİ (KKD)

Hayatınızı seçtiğiniz şekilde yaşamanız için gerekli olan bazı işlerle ilgileniyoruz. Özellikle bu işlerin, istediğiniz şekilde ne sıklıkla gerçekleştiği ile ilgileniyoruz.

Soruları cevaplarırken lütfen son dört haftayı düşünün. Başkalarının yardımına, araç gereçlere ve makinelere ihtiyacınız olup olmadığı önemli değildir. Biz sadece aktivitenin olmasını istediğiniz ölçüde gerçekleşip gerçekleşmediğini bilmek istiyoruz.

Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuyun ve ifadeye ne kadar katıldığınıza ait kutuya çarpı işareti koyun. Lütfen her satırda sadece bir kutuya çarpı koyun.

1. Son 4 hafta boyunca, evimin içinde istediğim zaman ve istediğim gibi dolaşım.

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Son 4 hafta boyunca, evimin dışında istediğim zaman ve istediğim gibi dolaşım.

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Son 4 hafta boyunca, öz bakım ihtiyaçlarımı (örneğin; yıkanma, tuvalet, giyinme, beslenme, sağlığın korunması) istediğim zaman ve istediğim gibi karşıladım.

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Son 4 hafta boyunca, evimle istediğim zaman ve istediğim gibi ilgilendim.

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Son 4 hafta boyunca, kişisel eşyalarım ile istediğim zaman ve istediğim gibi ilgilendim.

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Size bağımlı olan akrabalarınız veya başka insanlar var mı?

Evet

Hayır

Evet ise, son 4 hafta boyunca, bu insanlarla istediğiniz zaman ve istediğiniz gibi ilgilendiniz mi?

Her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Nadiren

Hiçbir zaman

7. Son 4 hafta boyunca, başka insanlarla istediğim zaman ve istediğim gibi buluştum ve konuştum.

Her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Nadiren

Hiçbir zaman

8. Son 4 hafta boyunca, parasal işlerimi (banka, fatura, maaş,...) istediğim zaman ve istediğim gibi hallededim.

Her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Nadiren

Hiçbir zaman

9. Ücretli veya gönüllü olarak bir işte yer almayı ister misiniz?

Evet

Hayır

Evet ise, son 4 hafta boyunca, ücretli veya gönüllü bir işte istediğiniz zaman ve istediğiniz gibi yer aldınız mı?

Her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Nadiren

Hiçbir zaman

10. Eğitim veya öğretim kurslarında yer almayı ister misiniz?

Evet

Hayır

Evet ise, son 4 hafta boyunca, eğitim veya öğretimde istediğiniz zaman ve istediğiniz gibi yer aldınız mı?

Her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Nadiren

Hiçbir zaman

11. Sosyal aktivitelerde yer almayı ister misiniz? (Sosyal aktivite örnekleri; topluluk ve dini etkinlikler, arkadaşlar ile buluşma, derneklere gitmektir.)

Evet

Hayır

Evet ise, son 4 hafta boyunca, sosyal aktivitelerde istediğiniz zaman ve istediğiniz gibi yer aldınız mı?

Her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Nadiren

Hiçbir zaman

EK: 10

KATILIM VE OTONOMİ ETKİ ANKETİ

Hareket kabiliyeti: İsteddiğiniz zaman İsteddiğiniz yere gidebilme (bir kişinin yardımı veya yardımcı cihaz ile veya bunlar olmaksızın) Bu bölümde size hareket kabiliyetini yani İsteddiğiniz zaman İsteddiğiniz yere gidebilme durumunuzla ilgili bazı sorular sormak istiyoruz. Ne zaman, nereye gideceğinize kendinizin karar verip veremediğinizi merak ediyoruz .

1a. Evimde istediğim **yerde** dolaşma durumum: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

1b. Evimde istediğim **zaman** dolaşma durumum: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

1c. Akraba ve arkadaşlarımı İsteddiğim **zaman** ziyaret etme durumum :çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

1d. İsteddiğim gibi gezinti veya tatil yapma durumum: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

1e. Eğer sağlığınız veya özür lülüğünüzü İsteddiğiniz zaman İsteddiğiniz yere gitmenizi etkiliyorsa, bu durum sizin için ne derece sorun oluşturmaktadır? .

Hiç sorun oluşturmamaktadır Az sorun oluşturmaktadır Çok sorun oluşturmaktadır

Hareket kabiliyetinizi hakkında ayrıca belirtmek istediğiniz bir şey varsa lütfen aşağıya yazınız.

Kişisel bakım (bir kişinin yardımı veya yardımcı cihaz ile veya bunu olmaksızın)Bu bölümdeki sorular ,kişisel bakımınız ile ilgilidir. Bu soruları cevaplar ken biri tarafından yardım alsanız bile işlerin ne zaman ve nasıl yapılması gerektiğine **kendinizin** karar verip vermediğini bilmek istiyoruz .

2a. İsteddiğim **gibi** yıkama ve giyinme durumum :çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

2b. İsteddiğim **zaman** yıkama ve giyinme durumum :çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

2c.İsteddiğim **zaman** yatıp kalkma durumum: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

2d İsteddiğim ve İhtiyaç duyduğum **zaman** tuvalete gitme durumum :çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

2e.İsteddiğim **zaman** yeme ve içme durumum: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

2f .Eğer sağlığınız veya özür lülüğünüzünüz kişisel bakımınıza etkiliyorsa, bu durum sizin için ne derece sorun oluşturmaktadır?

Hiç sorun oluşturmamaktadır. Az sorun oluşturmaktadır. Çok sorun oluşturmaktadır .

Kişisel bakımınız hakkında ayrıca belirtmek istediğiniz bir şey varsa lütfen aşağıya yazınız .

Evle ilgili aktiviteler faaliyetler (bir kişinin yardımı veya yardımcı cihaz ile veya Bunlar olmaksızın)

Bu bölümdeki sorular evdeki görev ve sorumluluklarınız ve sağlık veya özür lülük durumunuzun bunları nasıl etkilediği ile ilgilidir.Evle ilgili bir işin ve ne zaman ve nasıl yapılacağını o işi kendinizi yapmasanız bile sizin karar verip veremediğiniz i bilmek istiyoruz.

3a. Evimin idaresini istediğim **gibi** katkıda bulunma durumum: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf,

3b. Evde çay kahve yapmak gibi ufak tefek işlerim benimle ya başkaları tarafından istediğim **gibi** yapılmasını sağlama durumum :çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

3c. Evde temizlik gibi ağır işlerin benim veya başkaları tarafından istediğim **gibi** yapılmasını sağlama durumum:
çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

3d. Ev işlerinin benim veya başkaları tarafından İsteddiğim **zaman** yapılmasını sağlama durumum :
çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

3e. Evde ve Bahçemde küçük çaplı tamirat ve bakım işlerinin benim veya baş 1 tarafından istediğim **şekilde** yapılmasını sağlama durumum: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

3f. Evle ilgili görevleri mi İsteddiğim **gibi** yerine getirebilme durumum çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

3g. Eğer sağlığınız veya 6z6rl6 6r6n6n6z evle ilgili aktivitelerinizi faaliyetlerinizi etkiliyorsa bu

Hiç sorun oluşturmamaktadır

Az sorun oluşturmaktadır

Çok sorun oluşturmaktadır

Parasal durumunuzun idaresi hakkında ayrıca belirtmek istediğiniz bir şey varsa l6tfen aşağıya yazınız.

Boş zamanları değerlendirme aktiviteleri (bir kişinin yardımı veya yardımcı cihaz ile veya Bunlar olmaksızın) Bu b6l6mdeki sorular boş zamanlarınızı nasıl değerlendireceğinize kendinizin karar verip verip vermediğiniz ile ilgilidir .

5a. Boş zamanları istediğim **şekilde** değerlendirme durumum: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

5b. Eğer sağlığınız ve 6z6rl6L6đ6n6z boş zamanlarınızı nasıl değerlendirdiğinizi etkiliyorsa, bu durum sizin için ne derece sorun oluşturur?

Hiç sorun oluşturmamaktadır

Az sorun oluşturmaktadır

Çok sorun oluşturmaktadır

Boş zamanlarınızı değerlendirme ile ilgili ayrıca belirtmek istediğiniz bir şey varsa l6tfen aşağıya yazınız.

Sosyal yaşam ve ilişkiler .Bu b6l6mdeki sorular sosyal ilişkilerinize kalitesi ve sıklığı ile ilgilidir sağlık veya 6z6rl6 durumunuzun ilişkilerinizi etkiler etkilediğini bilmek istiyoruz.

6a. Yakın evremdeki insanlarla aynı d6zeyde karşılıklı konuşma durumum:

çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

6b. Yakın evrenizdeki insanlarla ilişkilerinizin kalitesi :çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

6c. Yakın evremdeki insanlardan g6rd6đ6m sayđı :çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

6d. Tanıdıklarınla olan ilişkilerim: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

6e. Tanıdıklarından g6rd6đ6m sayđı: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

6f. Özel ilişki (eş yada sevgili gibi) durumum : çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

6g. İnsanları istediğim sıklıkta görme durumum : çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

6h. Eğer Sağlığınız veya özür lülüğünüz sosyal yaşam ve ilişkilerinize etkiliyorsa, bu durum sizin için ne derece sorun oluşturmaktadır?

Hiç sorun oluşturmamaktadır Az sorun oluşturmaktadır Çok sorun oluşturmaktadır

Sosyal yaşam ve ilişkileriniz ile ilgili ayrıca belirtmek istediğiniz bir şey varsa lütfen aşağıya yazınız.

Diğer insanlara yardım etme ve destek olma (bir kişinin yardımı veya yardımcı cihaz ile veya Bunlar olmaksızın) Bu bölümdeki sorular Sizin aile, komşular arkadaşlar veya dernek üyeleri gibi diğer insanlara yardım etme ve destek olma durumunuz ile ilgilidir .

7a. İnsanlara herhangi bir şekilde yardım etme veya destek olma durumum:

çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

7b. Eğer sağlığınızı ve özür lülüğünüz diğer insanlara yardım etmenizi etkiliyorsa, bu durum sizin için neden sorun oluşturmaktadır ?

Hiç sorun oluşturmamaktadır Az sorun oluşturmaktadır Çok sorun oluşturmaktadır

Diğer insanlara yardım etme ve destek olma ile ilgili ayrıca belirtmek istediğiniz bir şey varsa lütfen aşağıya yazınız.

Ücretli veya gönüllü çalışma (bir kişinin yardımı veya yardımcı cihaz ile veya Bunlar olmaksızın) Bu bölümdeki sorular ücretli veya gönüllü çalışma ile ilgilidir .Şu an için size ilgisiz gözükseniz bile ücretli veya gönüllü iş bulma veya mevcut işinize devam et ve durumunuzu bilmek istiyoruz

8a. Yapmak istediğim ücretli veya gönüllü bir işe sahip olma veya onu sürdürme durumum:

çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

8 bden 8-f ye kadar olan soruları cevaplayınız Aksi halde 9 bölüm e geçiniz .

8b. Ücretli veya gönüllü işimi istediğim şekilde yapma durumum :

çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

8c. Ücretli veya gönüllü işinden diğer insanlarla olan iletişim/ irtibatım:

çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

8d. Ücretli veya gönüllü işim de istediğim pozisyonu elde etme veya sürdürme durumu:

çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

8e. ücretli veya gönüllü farklı bir iş sahip olma durumum: çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

8f. Eğer sağlığınız veya özür lülüğünüz ücretli veya gönüllü işinize etkiliyorsa ,bu durum sizin için ne derece sorun oluşturmaktadır ?

Hiç sorun oluşturmamaktadır Az sorun oluşturmaktadır Çok sorun oluşturmaktadır .

Ücretli veya gönüllü işle ilgili ayrıca belirtmek istediğiniz bir şey varsa lütfen aşağıya yazınız.

Eğitim ve öğrenim(bir kişinin yardımı veya yardımcı cihaz ile veya Bunlar olmaksızın) Bu bölümdeki sorular istediğiniz eğitim veya öğrenim görmenizi sağlık veya özür lülük durumunuzu nasıl etkilediği ile ilgilidir. Daha ileri bir eğitim ya da ders almak istemiyorsanız” uygun değil” kutusunu işaretleyebilirsiniz .

9a. İstediyimi eğitimi veya öğrenimi alma durumum : çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf uygun

değil

9b. Eğer sağlığınız veya özür lülüğünüz eğitim veya öğrenim görmenizi etkiliyorsa, bu durum sizin için ne derece sorun oluşturmaktadır?

Hiç sorun oluşturmamaktadır Az sorun oluşturmaktadır çok sorun oluşturmaktadır

eğitim veya öğrenim görmenizle ilgili Ayrıca bir belirtmek istediğiniz bir şey varsa lütfen aşağıya yazınız

IPA soruları bitirirken ;Bu ankette sağlık veya özürlülük durumunuzun kişisel veya sosyal Yaşaminiz üzerine etkileriyle ilgili sorulara cevapladınız. Her şeyi dikkate alarak düşündüğünüzde, genel olarak yaşamınızın kontrolünün yeterince kendinize olup olmadığını söyleyebilir misiniz ?

10. Hayatı istediğim şekilde yaşama durumum :çok iyi iyi orta zayıf çok zayıf

Yaşamınız üzerindeki kontrolünüz hakkında ayrıca belirtmek istediklerinizi lütfen aşağıya yazınız .

Not: Çok iyi (0)

İyi (1)

Orta (2)

Zayıf(3)

Çok zayıf (4)

Hiç sorun oluşturmamaktadır (0)

Az sorun oluşturmaktadır (1) Çok Sorun oluşturmaktadır (2) bu puanlamaya göre yapılacaktır

EK: 11

KF-36 YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

1.Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf oynamak	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3

d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
İstedığınızden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme	1	2
İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelere ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok Şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zamann
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

NORMAL YAŞAMA YENİDEN KATILIM ENDEKSİ (RNLI)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1) Gerekli olduğunu hissettiğimde yaşadığım çevrede dolaşırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Gerekli olduğunu hissettiğimde toplum içinde dolaşırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Gerekli olduğunu hissettiğimde şehir dışına yolculuk yapabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Kendime bakım ile ilgili ihtiyaçlarımın (Giyinme, beslenme, tuvalet, banyo aktiviteleri) karşılanması ile ilgili sıkıntım yok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Günlerimin çoğunu gerekli ya da bana göre önemli bir işle meşgul olarak geçiririm (Bu iş maaşlı olabilir, ev işleri veya gönüllü yapılan işler veya okula gitmek gibi aktiviteler olabilir).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Boş zaman aktivitelerine (Hobiler, el sanatları, spor, kitap okuma, televizyon izleme, oyun, bilgisayarla uğraşma vs.) istediğim şekilde katılabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Benim için gerekli veya cazip olduğu sürece ailem, arkadaşlarım ve/veya iş arkadaşlarım ile sosyal aktivitelere katılırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Aile içinde kendi ihtiyaçlarımı ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamada rol alabilirim (Aile; birlikte yaşadığımız kişiler ve/veya düzenli olarak görüştüğünüz akrabalar anlamındadır.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Genel olarak kişisel ilişkilerimden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Genel olarak insanlarla beraber olduğumda kendimden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Hayattaki olaylarla başa çıkabileceğimi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>