

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ICECAP-O KAPASİTE ÖLÇEĞİNİN [ICEPOP CAPABILITY MEASURE
FOR OLDER PEOPLE (ICECAP-O)] TÜRKÇE'YE UYARLANMASI VE
SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURAN YAŞLILARDA GEÇERLİK-
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

**Epidemiyoloji Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2021**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ICECAP-O KAPASİTE ÖLÇEĞİNİN [ICEPOP CAPABILITY MEASURE
FOR OLDER PEOPLE (ICECAP-O)] TÜRKÇE'YE UYARLANMASI VE
SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURAN YAŞLILARDA GEÇERLİK-
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

**Epidemiyoloji Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sibel KIRAN**

**ANKARA
2021**

ONAY SAYFASI**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ****ICECAP-O KAPASİTE ÖLÇEĞİNİN [ICEPOP CAPABILITY MEASURE FOR OLDER PEOPLE (ICECAP-O)] TÜRKÇE'YE UYARLANMASI VE SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURAN YAŞLILARDA GEÇERLİK-GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI****Öğrenci: Aylin Baydar Artantaş****Danışman: Doç. Dr. Sibel Kıran**

Bu tez çalışması 02.02.2021 tarihinde jürimiz tarafından “ Epidemiyoloji Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Banu Çakır**Hacettepe Üniversitesi T.F. Halk Sağlığı A.D.***Tez Danışmanı:** *Doç. Dr. Sibel Kıran**Hacettepe Üniversitesi T. F. Halk Sağlığı Enstitüsü***Üye:** *Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan**Hacettepe Üniversitesi T.F. Halk Sağlığı A.D***Üye:** *Prof. Dr. Kadir Mutlu Hayran**Hacettepe Üniversitesi T.F. Prevantif Onkoloji A.D.***Üye:** *Doç. Dr. Güneş Arık**Sağlık Bilimleri Ü. Ankara Şehir SUAM Geriatri A.D.*

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

*Prof. Dr. Diclehan Orhan***Enstitü Müdürü**

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

... /02/2021

Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Sibel KIRAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

TEŞEKKÜR

Epidemiyoloji Yüksek Lisans eğitimim süresince ve tez dönemimde kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile gelişmemde her türlü yardım ve desteği sağlayan, bu süreçte yol gösterici olan, ufuk açıcı katkılarından ve hoşgörüsünden ötürü tez danışmanım sayın Doç. Dr. Sibel KIRAN'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Ayrıca, Epidemiyoloji Yüksek Lisans eğitim sürecinde ve tez çalışmamda bilgi ve tecrübeleriyle katkıları bulunan, kendilerinden çok şey öğrendiğim, başta sayın Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN, sayın Prof. Dr. Banu ÇAKIR ve sayın Prof. Dr. Kadir Mutlu HAYRAN olmak üzere tüm değerli hocalarıma,

Epidemiyoloji Yüksek Lisans eğitimime başlamamda beni cesaretlendiren ve eğitimim süresince destekleyen değerli hocalarım sayın Doç. Dr. Rabia KAHVECİ ve sayın Prof. Dr. Mehmet UĞURLU'ya,

Ölçeğin Türkçe adaptasyonu aşamasında değerli zamanlarını ayırarak bilgi ve tecrübeleriyle katkı sağlayan çok değerli hocalarıma ve meslektaşlarıma, tezimin uygulama aşamasında veri toplamada destek olan hekim arkadaşlarıma, Çalışmamın verilerinin istatistiksel olarak değerlendirme aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen sayın Ebru ÖZTÜRK'e, tez değerlendirme jürisinde yer alarak değerli katkılarını sunan sayın Doç. Dr. Kamile SILAY'a ve Doç. Dr. Güneş ARIK'a,

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında ana rolü oynayan, değerli zamanlarını ayıran ve özveriyle çalışmaya katkı sağlayan 65 yaş ve üzerindeki değerli katılımcılara saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, her zaman olduğu gibi bu süreçte de benden desteğini esirgemeyen sevgili aileme, eşim Ersin ARTANTAŞ'a, ve en büyük motivasyon kaynağım biricik kızım Ayşe Umay'a gönülden sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

ÖZET

Artantaş, Baydar A., ICECAP-O Kapasite Ölçeğinin [ICEpop CAPability measure for Older people (ICECAP-O)] Türkçe'ye Uyarlanması ve Sağlık Kurumuna Başvuran Yaşlılarda Geçerlik-Güvenilirlik Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021. Dünyada yaş ortalamasının giderek artmasıyla yaşlı hastaların değerlendirilmesi ve bakımı daha da önem kazanmaktadır. Beklenen yaşam süresinin artması yaşlı bireylerde hayat kalitesini artırma ve fonksiyonel bağımsızlığı sürdürmenin önemini artırmaktadır. Son yıllarda gündeme gelen kapasite kavramı, kişinin gerçekleştirebileceği farklı işlevler bileşimini ve bunlar içinden tercihini yansıtmaktadır. Yaşlılar için kapasite değerlendirme ölçeği olarak geliştirilen ICECAP-O [ICEpop CAPability measure for Older people] Ölçeği, sağlıktan ziyade, daha geniş anlamda tanımlanan refah/iyilik durumu üzerine odaklanmaktadır. Bu araştırmada sağlık kuruluşuna başvuran 65 yaş ve üzerindeki kişilerde ICECAP-O Kapasite Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma tarihleri arasında Ankara'daki bir eğitim araştırma hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzerindeki 239 kişiye, sosyodemografik özelliklerini ve sağlık durumu sorgulayan anket formu uygulanmıştır. Buna ek olarak mental iyilik durumunu değerlendiren Genel Sağlık Anketi-12, yaşam kalitesini değerlendiren EQ-5D-3L Ölçekleri ile Türkçe'ye uyarlanan yaşlılarda kapasite ölçeği ICECAP-O uygulanmıştır. ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlamasının gerçekleştirildiği bu araştırmada, ICECAP-O Türkçe versiyonunun hem güvenirlik hem geçerlik açısından toplam puan ve bazı alanlarda orta-iyi düzeyde kabul edilebilir olduğu gösterilmiştir. ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ile GSA-12 ve EQ-5D-3L, EQ-VAS arasında güçlü ve anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu araştırmada yaş, emeklilik durumu, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, düzenli fiziksel aktivite yapıp yapmama, kronik hastalık varlığı, multimorbidite, ilaç kullanma durumu ve mutluluk düzeyinin ICECAP-O Ölçek puanı, bir başka deyişle kişinin kapasitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: ICECAP-O, geçerlik, güvenirlik, kapasite ölçeği, iyilik durumu, yaşam kalitesi, yaşlılar

ABSTRACT

Artantaş, Baydar A., Adaptation of ICECAP-O [ICEpop CAPability measure for Older people (ICECAP-O)] to Turkish and Validity and Reliability Study among Older people who applied to the health institution, Hacettepe University Graduate School of Health Science Epidemiology Program Master of Science Thesis, Ankara 2021.

The evaluation and care of elderly patients becomes much more important with the increasing average of age in the world. The advancing life expectancy enhances the importance of life quality and maintaining functional independence in older individuals. The concept of capacity, which has been on the agenda in recent years, reflects the combination of different functions that a person can perform and the preference of him among these functions. ICECAP-O [ICEpop CAPability measure for Older people] has been developed as a capability measure focusing on the well-being/welfare rather than health the elders. In this study, it was aimed to adapt the ICECAP-O capability measure to Turkish and to assess its validity and reliability among the people aged 65 and over applying to a health institution. A questionnaire questioning the sociodemographic characteristics and health status of 239 people aged 65 and over who applied to the family medicine polyclinics of a training and research hospital in Ankara within the research date range was carried out. In addition, the General Health Questionnaire-12 evaluating the mental well-being, the EQ-5D-3L evaluating the quality of life and the Turkish adaptation of ICECAP-O measure were also applied. In this study, it was shown that; the Turkish adaptation of ICECAP-O has been evaluated as acceptable at average –high levels in terms of reliability and validity in total measure. A strong and significant correlation was found between the Turkish version of the ICECAP-O measure and GHQ-12 and EQ-5D-3L and EQ-VAS. In this study, age, retirement status, educational status, marital status, income status, presence of regular physical activity or of chronic disease, multimorbidity, drug use status and happiness level were found to be associated with the ICECAP-O measure score, in other word; the older individual's capability.

Keywords: ICECAP-O, validity, reliability, capability measure, wellbeing, quality of life, older people

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık	3
2.1.1. Yaşlılığın Tanımı	3
2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri	3
2.2. Yaşlılık ve Sağlık	5
2.2.1. Yaşlılığın Fizyolojisi	5
2.2.2. Yaşlılıkta Psikososyal Durum	6
2.2.3. Yaşlılıkta Sağlık Sorunları	8
2.2.4. Yaşlılarda Sağlığın Değerlendirilmesi	10
2.3. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi	14
2.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramı	14
2.3.2. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi	15
2.3.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	15
2.4. Yaşlılık ve Kapasite	20
2.4.1. Kapasite Kavramı	20
2.4.2. Yaşlılarda Kapasitenin Değerlendirilmesi	22
2.5. Ölçek Geçerlik-Güvenirlik ve Uyarlama Çalışmaları	23
2.5.1. Ölçek Geçerliği	23
2.5.2. Ölçek Güvenirliği	26

3. MATERYAL VE METOT	30
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yeri	30
3.3. Araştırmanın Zamanı	30
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklemi, Araştırma Grubu	31
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Araştırmadan Dışlama Kriterleri	32
3.6. Araştırma Grubu ile İlgili Değişkenler ve Ölçütler	33
3.6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Değişkenler ve Ölçütler	33
3.6.2. Sağlık ve İyilik Durumuna Ait Değişkenler ve Ölçütler	34
3.7. ICECAP-O Ölçeği, Uyarlama Süreci ve İlgili Değişkenler ve Ölçütleri	37
3.7.1. ICECAP-O (ICEpop CAPability Measure For Older People) Ölçeği	37
3.7.2. ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması	38
3.8. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gücü	40
3.9. Araştırmanın Veri Toplama Araçları ve Verilerin Elde Edilmesi	41
3.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler	41
3.11. Çıkar Çatışması/Çakışması	42
3.12. Araştırma Bütçesi	42
3.13. Verilerin Analizi	42
4. BULGULAR	44
4.1.1. Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular	44
4.1.2. Katılımcıların Sağlık ve İyilik Durumlarıyla İlgili Tanımlayıcı Bulgular	48
4.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizine İlişkin Bulgular	54
4.2.1. ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Geçerliği	54
4.2.2. ICECAP-O Ölçek Güvenirliği	65
5.1. ICECAP-O Ölçeği'nin Geçerlik-Güvenilirlik Analizi ile İlgili Tartışma	69
5.2. Araştırma Grubunun Çeşitli Özellikleri ve ICECAP-O Ölçek Puanları ile İlgili Bulgulara İlişkin Tartışma	74

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
7. KAYNAKLAR	85
8. EKLER	96
EK-1: ICECAP-O Orijinal Ölçek	
EK-2: ICECAP-O İzin	
EK-3: Transkültürel Uyum Aşamasında Yer Alan Uzmanlar	
EK-4: ICECAP-O Onay Yazısı	
EK-5: ICECAP-O sosyodemografik anket	
EK-6: ICECAP-O Türkçe Versiyonu105	
EK-7: Genel Sağlık Anketi	
EK-8: EQ-5D-3L Türkçe Versiyonu	
EK-9: EQ-5D-3L izin	
EK-10: Kurum İzni	
EK-11: Etik Kurul İzni	
EK-12: Ek Tablo. Test-Tekrar Teste katılan grup ve katılmayan grubun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması	
EK-13: Dijital Makbuz	
EK-14: Orijinallik Raporu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EQ-VAS	Euroqol Visual Analogue Scale; Avrupa Yaşam Kalitesi Görsel Analog Ölçeği
EuroQoL	Euro Quality of Life; Avrupa Yaşam Kalitesi
EQ-5D-3L	Euroqol 5 dimension; Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-5 Boyutlu, 3 Seviyeli
EQ-5D-5L	Euroqol 5 dimension; Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-5 Boyutlu, 5 Seviyeli
GHQ (GSA)	General Health Questionnaire (Genel Sağlık Anketi)
ICECAP-O	ICEpop CAPability measure for Older people; Yaşlılarda Kapasite Ölçeği
ICEPOP	Investigating Choice Experimentes for the Preferences of Older People (Yaşlıların Tercihlerine Yönelik Seçim Deneylerinin Araştırılması)
QALY	Quality Adjusted Life Years; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER

<u>Sekil</u>		<u>Sayfa</u>
2.1.	Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırılması.	5
2.2.	EQ-5D Boyutları.	18
4.1.	ICECAP-O Toplam puanı ile GSA-12 ölçek puanı arasındaki ilişkinin saçılım grafiği ile gösterilmesi.	58
4.2.	ICECAP-O Toplam puanı ile EQ-5D-3L ölçek puanı arasındaki ilişkinin saçılım grafiği ile gösterilmesi.	59
4.3.	ICECAP-O Toplam puanı ile EQ-VAS ölçek puanı arasındaki ilişkinin saçılım grafiği ile gösterilmesi.	59
4.4.	Katılımcıların yaş dağılımlarının histogram grafik ile gösterilmesi.	46
4.5.	Yaş gruplarına göre ICECAP-O Puanlarının Boxplot grafik ile gösterilmesi.	62

TABLOLAR

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Cinsiyete ve yaşa göre beklenen yaşam süresi, 2013-2015, 2017-2019.	4
2.2. Sağlığı ve yaşam kalitesini etkileyen temel psikososyal faktörler.	7
3.1. Araştırmanın iş-zaman çizelgesi.	31
4.1. Katılımcıların genel sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=239).	45
4.2. Katılımcıların yaş ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri(n=239).	46
4.3. Katılımcıların çalışma, emeklilik ve aile gelir durumu değişkenlerinin dağılımı (n=239).	47
4.4. Katılımcıların emeklilik durumlarına göre çalışma durumlarının çapraz tabloda gösterilmesi.	47
4.5. Katılımcıların gelir durumu puan ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=236).	48
4.6. Katılımcıların sigara içme durumları dağılımı (n=239).	48
4.7. Katılımcıların içtikleri sigara miktarı (paket/yıl) ve Sigara Ağırlık İndeksi puanları ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri.	49
4.8. Halen sigara içenlerin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı (n=18).	49
4.9. CAGE Ölçek puanlarının dağılımı (n=33).	49
4.10. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite sıklığı açısından dağılımı (n=96).	50
4.11. Katılımcıların BKİ ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri.	50
4.12. Katılımcıların BKİ kategorilerine göre dağılımı (n=239).	50
4.13. Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı.	51
4.14. Katılımcıların hastalık sayısı ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=239).	52
4.15. Multimorbidite açısından katılımcıların dağılımı (n=239).	52
4.16. Katılımcıların düzenli olarak kullandıkları ilaç sayısı ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=239).	52
4.17. Katılımcıların düzenli olarak kullandıkları ilaç sayısı dağılımı (n=198).	53

4.18.	Polifarmasi açısından katılımcıların ilaç kullanım durumlarının dağılımı (n=239).	53
4.19.	Katılımcıların mutluluk düzeyi puan ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=239).	54
4.20.	ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe açısından kapsam geçerliği analizi.	55
4.21.	Katılımcıların ICECAP-O, EQ-5D-3L, EQ-VAS, GSA-12 Ölçek puanlarının ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri.	57
4.22.	ICECAP-O Ölçeği'nin GSA-12, EQ-5D-3L ve EQ-VAS Ölçekleriyle yakınsak geçerliliği.	58
4.23.	ICECAP-O Ölçeği sosyodemografik özellikler açısından ayırt edici geçerlilik analizi (n=239).	61
4.24.	ICECAP-O Ölçeği'nin kronik hastalık ve ilaç kullanım durumu değişkenleri açısından ayırt edici geçerlik analizi.	63
4.25.	ICECAP-O Ölçeği'nin sigara içme, fiziksel aktivite yapma durumu ve BKİ kategorileri açısından ayırt edici geçerlik analizi.	64
4.26.	ICECAP-O Ölçeği'nin mutluluk düzeyi puanı açısından ayırt edici geçerlik analizi.	65
4.27.	Test-Tekrar Test uygulanan gruba ait sosyodemografik özelliklerin dağılımı (n=40).	66
4.28.	Test-Tekrar Test uygulanan grubun yaş ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=40).	66
4.29.	Test-Tekrar Test uygulanan grubun gelir durumu puan ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=40).	67
4.30.	ICECAP-O Ölçeği Türkçe versiyonunun güvenilirlik analizi-1.	67
4.31.	ICECAP-O Ölçeği alt boyutları uyum oranları ve Kappa katsayıları (Güvenilirlik analizi-2).	68

1. GİRİŞ

Dünyada yaş ortalamasının giderek artmasıyla yaşlı hastaların değerlendirilmesi ve bakımı daha da önem kazanmaktadır. Beklenen yaşam süresinin artması yaşlı bireylerde hayat kalitesini artırma ve fonksiyonel bağımsızlığı sürdürmenin önemini artırmaktadır (1-3). 2017 verilerine göre dünya nüfusunun %8,6'sını 65 yaş ve üstü bireylerin oluşturduğu bildirilmektedir (4). Gelecek yıllarda yaşlı nüfustaki artışın gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olacağı, 2050 yılında yaşlı nüfusun %80'inin düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (3, 4). Avrupa Birliği ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süreleri erkeklerde 78,3 yıl, kadınlarda 83,5 yıldır (5). Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süreleri erkeklerde 75,9 yıl, kadınlarda 81,3 yıl olup, yıllar içinde artmaktadır (6). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'de 65 yaş ve üstü nüfus yaklaşık 7 milyon ve toplam nüfusun %8,8'idir. TÜİK raporlarında 2023 ve 2040 yıllarında bu değerlerin sırasıyla %10,2 ve %16,3 olacağı belirtilmektedir (7). Bu demografik değişim, yaşlı nüfusun yaşam kalitesini koruma ve geliştirme açısından, yaşam kalitesi odaklı yaklaşımları daha da önemli kılmaktadır.

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır ve çok çeşitli bilim dallarınca araştırılmaktadır. Her bilim dalında yaşam kalitesi kavramı için farklı tanımlar yapılmaktadır. Kimi zaman yaşam kalitesi refah ve mutluluk kavramları yerine de kullanılabilmektedir (8). Yaşam kalitesinin başlıca kavramsal yorumlarından biri Lawton tarafından yapılmıştır. Lawton yaşam kalitesini, kişinin hem içsel hem de sosyal normal kriterleri ile çok boyutlu değerlendirilmesi olarak tanımlamış ve hem objektif hem de sübjektif boyutu olduğunu ifade etmiştir. Sübjektif ve objektif boyutların birbiri ile ilişkili olduğunu ileri sürerek yaşlı kişilerden oluşan farklı gruplarda bu ilişkiyi araştırmıştır. Aile, arkadaş ilişkileri ve standart aktivitelerde zaman kullanımı ile değerlendirilen objektif boyutun, sübjektif olarak değerlendirilen yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Bu modelde yaşam kalitesinin psikolojik iyilik hali ve onun üzerine etkili olduğu düşünülen alanlar tarafından belirlendiği bildirilmiştir (9, 10). Son zamanlarda yaşam kalitesi değerlendirmelerinin çok boyutlu olması ve sübjektif özellikleri içermesi ile ilgili fikir birliği vardır. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ile ilgili yapılan pek çok çalışmada sağlığın kaybı, işlevsel kısıtlılık ve

bağımlılık, mutsuzluk, aile üyelerinin ve arkadaşlarının yitimi sonucu azalmış sosyal ilişkiler negatif yaşam kalitesi ile eşdeğer olarak değerlendirilirken, pozitif yaşam kalitesi aktivite, mali durum, sosyal yaşam ve aile ilişkileri ile eşdeğer olarak ele alınmıştır. Genel olarak yapılan çalışmalarda “sağlığın kaybı”nın düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu ancak yüksek yaşam kalitesini tanımlamakta yetersiz kaldığı bildirilmektedir (9-12)

Yaşam kalitesi kavramları yanında kapasite değerlendirmesi, çok boyutlu olması nedeni ile karar vericilere daha geniş bir değerlendirme alanı sunmaktadır. Ekonomik değerlendirmelerde kullanılan pek çok ölçütten farklı olarak “Yaşlılarda ICECAP-O Kapasite Ölçeği [ICEpop CAPability measure for Older people (ICECAP-O)]”, “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” veya “yaşam kalitesine olan etkiler”den ziyade, yaşlı kişilerde genel olarak sağlık kapasitesi için “kapasite ölçütü” olarak kullanıma sunulmuştur (13).

Bu tez çalışmasının amaçları:

1. ICECAP-O Ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi
2. Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü kişilerin, ICECAP-O Ölçeği ile ölçülen, sağlık kapasiteleri, kişilerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumlarının değerlendirilmesi

olarak belirlenmiştir.

ICECAP-O şimdiye kadar Gal dili, Flemenkçe, Almanca, İspanyolca, İsveççe, İtalyanca, Portekizce, Norveççe, Fransızca, Çince’ye tercüme edilmiş ve ortopedik hastalıklar, akciğer hastalıkları, kronik ağrı, parkinson, multipl skleroz, Alzheimer gibi pek çok sağlık probleminde kapasite değerlendirilmesi amacıyla çeşitli araştırmada kullanılmıştır (13). Türkiye’de ICECAP-O ile yürütülmüş çalışma bulunmamaktadır.

Bu ölçeğin Türkçe’ye kazandırılması, Türkiye’de farklı alanlarda yaşlılarda kapasite değerlendirmesi ile ilişkili araştırmaların yapılmasına olanak sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

2.1.1. Yaşlılığın Tanımı

“Yaşlı” ve “yaşlılık” sözcüklerinin kelime anlamına bakıldığında, yaşlı; yaşı ilerlemiş olan, yaşlılık ise yaşlı olma durumu olarak tanımlanmaktadır (14). Erikson’a göre yaşlılık, hayatın daha önceki evrelerinde kazanılmış olan benlik özelliklerinin iyice olgunlaşıp birbiri ile bütünleştiği bir süreçtir (15). Biyolojik yaşlanma ise, moleküler ve hücresel hasarın kademeli olarak birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Yaşam boyu devam eden bir süreçtir ve yumurtanın döllemesiyle başlar (16). Normal yaşlanma terimi, zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Sosyal yaşlılık ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır. Kronolojik yaşlılık geçen zaman esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir(17). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaş sınırı olarak, yaşlılığı 65 yaş ve üstü olarak tanımlamaktadır. Yaşlılık dönemi de kendi içinde, 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arasını orta yaşlılık ve 85 yaş üzeri ise ileri yaşlılık (ihtiyarlık) dönemi olarak sınıflandırılmıştır (18, 19).

2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri

Bir toplumda 65 yaş ve üzerindeki birey sayısının toplam nüfus içinde aldığı payın düzeyine göre toplumlar için “genç-olgun-yaşlı” tanımlamaları yapılmaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %4’ten az ise “genç nüfus”, %4-6,9 arasında ise “olgun nüfus”; %7-10 arasında ise “yaşlı nüfus”; %10’un üzerinde ise “çok yaşlı nüfus” olarak adlandırılmaktadır (20). Genel olarak günümüz dünyasında toplumların yaşlanmakta olduğu, son 50 yılda 65 yaş ve üstü dünya nüfusu %5’lerden %8,7’lere yükseldiği bildirilmektedir (4). DSÖ’nün 2015 yılında yayınladığı raporunda Japonya’nın, 60 yaş ve üzeri nüfusun %30’ları aştığı bir ülke olarak, yaşlı nüfus oranı açısından birinci sırada yer aldığı belirtilmiştir. Aynı raporda dünya genelinde 60 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılı itibarıyla 2 katına çıkarak yaklaşık %22 olacağı

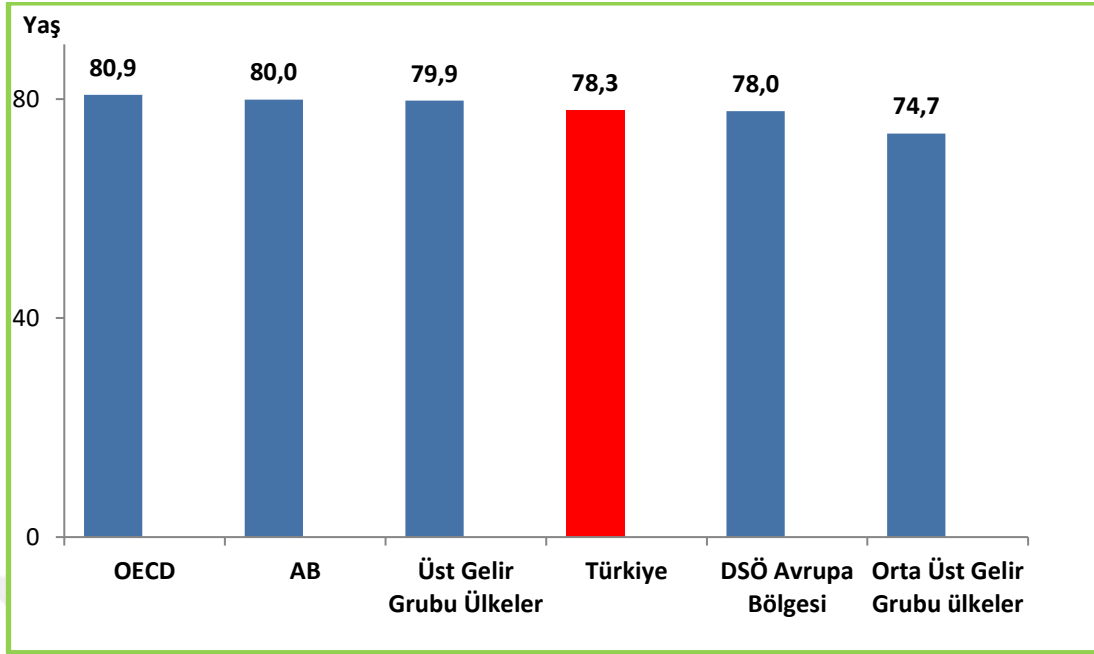
öngörülmektedir. Bu durumun temel iki nedeni olarak; yaşam beklentisinin artması, ve fertilité oranındaki düşüş ele alınmaktadır (3).

Türkiye'deki 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus OECD verilerine göre %7,8'lik (2014), TÜİK verilerine göre %8,8'lik (2018) bir değerle, dünya istatistiklerine paralellik gösterse de, AB, OECD ülkeleri gibi üst gelir grubu ülkelere daha alt sıralarda yer almaktadır (21). Bunun yanında ülkemizde yaklaşık son 20 yılda 65 yaş ve üzeri erkek nüfus, %5,7'den %7,7'ye; kadın nüfus ise %6,3'ten %9,8'e yükselmiştir (7, 22).

2017-2019 yılları arasındaki verilere göre Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 75,9 yıl; kadınlarda 81,3 yıl olarak saptanmıştır. Yaşa göre beklenen yaşam süreleri açısından, 65 yaşında olan bir kişinin kalan yaşam süresi ortalama 18 yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 2.1)(23). Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, beklenen yaşam süresi açısından Türkiye dünya ortalamasının üzerinde, AB ülkeleriyle benzer, OECD ülkelerinin ise biraz daha altındadır (Şekil 2.1) (21).

Tablo 2.1. Cinsiyete ve yaşa göre beklenen yaşam süresi, 2013-2015, 2017-2019 (23).

Yaş	2013-2015			2017-2019		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
0	75,3	80,7	78,0	75,9	81,3	78,6
15	61,6	66,9	64,2	64,6	67,3	64,6
30	47,1	52,1	49,7	50,0	52,5	50,0
50	28,3	32,8	30,6	28,6	33,1	30,9
65	16,1	19,4	17,8	16,3	19,6	18,0



Şekil 2.1. Doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırılması (2018 yılı TÜİK Hayat Tabloları 2016-2018 verileri kullanılarak düzenlenmiştir) (21).

Gelişmiş ülkelerde olduğu kadar daha az gelişmiş ve gelişmemiş ülkelerde de beklenen yaşam süresinin arttığı bilinmektedir (24). gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerde özellikle enfeksiyon hastalıkları kaynaklı çocukluk çağı ölümlerinin ve bebek ölümlerinin azalması yaşam süresinin uzamasında temel neden olarak bildirilmektedir. Buna bağlı olarak istatistiklerde dramatik değişimler göze çarpmaktadır. Öyle ki, 2015 yılında Brezilya veya Myanmar’da doğan bir çocuğun, bu ülkelerde 50 yıl önce doğan bir çocuğa göre 20 yıl daha fazla yaşaması beklenmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki yaşam süresinin uzaması ise mortalitenin daha ileri yaş grubunda azalması ile ilişkilendirilmektedir (24).

2.2. Yaşlılık ve Sağlık

2.2.1. Yaşlılığın Fizyolojisi

Yaşlanma fizyolojik açıdan kaçınılmaz bir olgudur. Yaşlılık döneminde vücudun bütün sistemlerinde değişiklikler meydana gelmektedir. Bu dönem, bir

gerileme ve yitirme dönemi olarak bilinmesine karşın, yaşlılık sürecinde meydana gelen değişimlerin çoğunun anormallik olarak adlandırılması doğru değildir. Ancak bilinen gerçek; yaşlılığın, birçok vücut fonksiyonunda ilerleyici, genel bir bozulma, çevresel zorluklara karşı daha fazla hassaslık, hastalık ve ölüm riskinin artması ile ilişkili olduğudur (25).

Yaşlanma ile birlikte görme, işitme, iskelet sistemi, beyin ve prostatta oluşan değişimler, menopoza ve andropoz dönemleri fizyolojiktir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler arasında en çok dikkati çekenler, kalp damar sistemi ve solunum sistemi ile ilgili olanlardır. Toraksın anatomik yapısındaki değişimler ve kollajen liflerin elastisitesinin azalması sonucunda solunum kapasitesi azalır ve bir kişi 70 yaşına geldiğinde solunum kapasitesi 30 yaşındaki değerin yarısına iner. Kalp kasının dejenerasyonu sonucunda kalp debisi azalır, periferik damar direncindeki artma ile birlikte organların kanlanmasında azalma meydana gelir. Merkezi sinir sistemi işlevlerinde gerileme olur, duyu organlarının zayıflaması en çok görme ve işitmenin zayıflaması şeklinde olur. İskelet sisteminin mineral içeriğindeki azalma, kas gücünde zayıflama ve kas kütlesinde azalma sonucunda yaşlıda hareket yeteneği düşer. Yaşlılıkla birlikte nöronların ölmesine bağlı olarak beyin hacminde küçülme ve ağırlığında azalma olmaktadır. Özellikle 60 yaşından sonra kendini yenileme yeteneğinden yoksun olan nöronların kaybı hızlanmaktadır (20).

2.2.2. Yaşlılıkta Psikososyal Durum

İnsanlar yaşlandıkça, yürüme hızı ve reaksiyon süresi gibi fiziksel ve bilişsel kapasitelerde değişiklikler yaşadıkları gibi, duygusal deneyimleri ve sosyal ilişkileri, uğraşları da değişmektedir. Yaşlanmanın psikososyal yönleri, iş, emeklilik, yaşanılan yer, cinsellik, stres, eş kaybı, duyarlılık, akıl sağlığı, sosyal destek, arkadaşlık gibi birçok alandaki değişikliklerle ilgilidir. Geniş kavramsal bir çerçevede yaşlı bireyin yaşam kalitesi ve sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen temel psikososyal faktörler; sosyodemografik özellikler, çevresel/sosyal kaynaklar ve koşullar, psikolojik etkiler, sağlık davranışları, biyolojik yolaklar başlıkları altında incelenmektedir (Tablo 2.2) (26).

Tablo 2.2. Sağlığı ve yaşam kalitesini etkileyen temel psikososyal faktörler.

Sosyodemografik Özellikler	Yaş, sosyoekonomik durum, eğitim, medeni durum, meslek, gelir durumu, gelirin yeterliliği, cinsiyet, ırk
Çevresel/Sosyal Kaynaklar ve Kısıtlılıklar	Komşuluk ilişkileri, ayrımcılık, sosyal destek/çatışma dinsel bağlılık, sosyal entegrasyon, büyük yaşam olayları/stresörler, ek hastalıkların varlığı
Psikolojik Etkiler	Algılanan stres, affekt/duyarlılık, kişilik (düşmanlık, iyimserlik, özsaygı, hakimiyet)
Biyolojik Yolaklar	Santral sinir sistemi ve endokrin yanıt

Yaşam beklentisi, doğum ağırlığının düşük olması gibi, toplumdaki sağlık durumu farklılıklarının sosyoekonomik durum, ırk ve cinsiyetle ilişkisi bilinmektedir (26). Çevresel ve sosyal kaynaklar ve kısıtlılıklar, sağlık çıktılarına etkileyen pek çok indikatör içermektedir. Ayrımcılık, negatif yaşam olayları ve ek hastalıkların varlığı kısıtlılıkların ana kaynakları olarak değerlendirilirken, dinsel bağlılık ve sosyal destek sıklıkla koruyucu kaynaklar olarak kabul edilmektedir (26). Psikolojik etkilere bakıldığında iyimserlik, özsaygı, hakimiyet ve kontrol gibi hem pozitif hem de negatif faktörleri içermektedir. Depresif semptomlar ve stres algısı gibi negatif etkiler, sağlık üzerindeki etkisini davranışlar ve santral sinir sistemi ve hormonal yanıt gibi biyolojik yolaklar üzerinden yapmaktadır. Sosyal entegrasyon, bir bireyin diğerleriyle daha geniş bir sosyal yapı ve topluluk içinde ne derece ilgilendiğidir. Sosyal ilişkileri devam ettirmek, yaşlı bireylerin sağlık ve iyilik durumları için kritik öneme sahiptir. Tatmin edici sosyal ilişkilere sahip olmanın, kardiyovasküler hastalık, fonksiyonel anlamda gerileme ve mortalite riskinde azalma gibi, fiziksel sağlıkla ilişkili olduğu bulunmuştur. Olumlu sosyal etkileşimler yaşlı bireylerin psikososyal iyilik durumlarını desteklerken yaşamdan memnun olma ve mutluluk hissini de artırmaktadır. Sosyal desteğin sağlık ve iyilik hali üzerine olan etki mekanizmalarını anlayabilmek amacıyla yapılan çalışmaların sonucunda 2 potansiyel açıklama ortaya çıkmıştır. Birincisi, tamponlama/koruyucu hipotezi; sosyal bağlar ve sosyal destek, yaşam stresörleri ve olumsuz olayların etkilerine karşı tampon görevi görerek sağlığı geliştirdiği yaklaşımı iken diğeri, doğrudan etki hipotezi; sosyal bağlar ve sosyal desteğin stres varlığına bakılmaksızın sağlık üzerinde pozitif bir etkisi olduğudur.

Aynı sebeple, negatif sosyal etkileşimlerin sağlık ve iyilik hali üzerinde zararlı etkileri olabilmektedir. Burada göz önünde bulundurulması gereken önemli bir nokta da, aile üyelerinin, arkadaşların, komşuların, aile dostlarının sayısı ve bu çevre içindeki sosyal bağların yoğunluğu gibi sosyal çevrenin mahiyetidir (26).

2.2.3. Yaşlılıkta Sağlık Sorunları

Yukarıda tanımlandığı gibi, biyolojik düzeyde yaşlanma; vücudun birçok fonksiyonunda genel olarak ilerleyici bir bozulma, çevresel etkilere karşı artmış kırılganlık ve hastalık ve ölüm riskinde ilerlemeyle sonuçlanan moleküler ve hücresel hasarla karakterizedir. Bu duruma büyük oranda psikososyal değişiklikler de eşlik etmektedir.

Yaşlanmayla ortaya çıkan bu değişikliklerin seviyesi her ne kadar bireysel farklılıklar gösterse de, genel olarak “kavrama gücü” ve “yürüyüş hızı” gibi göstergeler, hem kas-iskelet sistemi işlevselliğini, hem de aktivite, beslenme gibi ilave etkileri yansıtmaları açısından, yaşlı popülasyonun sağlık durumunu değerlendirmede sıkça kullanılmaktadır. Erken erişkinlik döneminde en iyi durumunda olan kas kitlesi, yaşın ilerlemesiyle azalma eğilimindedir. Bu durum güçteki ve kas iskelet sistemi fonksiyonlarındaki azalma ile ilişkili olabilir. Kasın fonksiyonunu ölçme yollarında biri el kavrama gücünün ölçülmesidir ki bu, herhangi bir hastalık etkisinden bağımsız olarak, mortalitenin güçlü bir belirleyicisidir. SAGE ve SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) çalışmaları, Avusturya, Almanya, Rusya, Hollanda, Fransa, Çin, İsviçre, Güney Afrika gibi pek çok ülkede, hem kadın hem de erkek cinsiyette, yaşla beraber kavrama gücündeki azalma eğilimini göstermektedir. Yaşlanmayla birlikte kemik ve eklemlerde belirgin değişiklikler olmaktadır. Yaş arttıkça, özellikle postmenopozal kadınlarda, kemik kütlesi ve dansitesi azalmaktadır. Bu durum, engellilik, yaşam kalitesinde azalma ve mortalite açısından ciddi etkisi olan kırık riskinde belirgin artışı da beraberinde getirmektedir. Özellikle kalça kırıkları osteoporotik kırıkların yıkıcı bir tipidir. Toplumsal yaşlanmanın bir sonucu olarak 2050 yılında yıllık global insidansının 4,5 milyon olması beklenmektedir. Yaşla birlikte ortaya çıkan eklem kırıklarındaki yapısal, moleküler, hücresel ve mekanik

değişiklikler dokuların yenilenmesini olumsuz etkilemektedir. Kıkırdak aşındıkça ve eklem etrafındaki sıvı azaldıkça, eklem daha rijit ve frajil hale gelmektedir. Bu ve yaşla ilişkili diğer gerilemelerin kas iskelet sistemi ve hareket üzerine daha geniş etkileri vardır. Belirli bir mesafeyi yürümek için geçen zamanı gösteren “yürüyüş hızı”ndaki azalma bunu göstermektedir.Yürüyüş hızı, kas gücü, eklem kısıtlılığı ve propriyosepsiyon ve koordinasyon gibi diğer faktörlerden etkilenmektedir.“Yürüyüş hızı”, gelecekte yaşlılığın en güçlü belirleyicilerinden biri olarak görülmektedir.Genel olarak, yaşla birlikte yürüyüş hızındaki azalma, Çin, Gana, Hindistan, Meksika, Rusya ve Güney Afrika’yı içeren bir çalışmada da gösterilmiştir (22).

Duyusal fonksiyonlar değerlendirildiğinde, yaşlanmanın özellikle duyma ve görme fonksiyonlarında azalma ile ilişkili olduğu görülmektedir. Yaşa bağlı işitme kaybı (presbikuzi) çift taraflıdır ve yüksek frekanslı seslerde belirgindir. Bu durum koklear yaşlanma, gürültü gibi çevresel maruziyet, genetik yatkınlık, fizyolojik stresörler ve değiştirilebilir yaşam tarzı davranışlarından kaynaklanan kırılganlığın artmasından kaynaklanmaktadır. Dünya çapında 65 yaşından büyük 180 milyondan fazla insan normal karşılıklı konuşmayı engelleyen işitme kaybına sahiptir. Yaşlanma ayrıca gözdeki komplike fonksiyonel değişikliklerle de ilişkili olup presbiyopiye neden olur. Presbiyopide odaklanma kabiliyeti azalır, genellikle orta yaşta belirgin hale gelen yakın görüşte bulanıklaşma olur. Yaşlanmayla ilişkili diğer bir yaygın değişiklik, kristalin merceğin opaklığının artmasıdır ki bu da nihayetinde katarakta sebep olur.Yaşlanma retina hasarına neden olan ve hızlı bir şekilde ciddi görme bozukluğuna ilerleyen yaşa bağlı maküler dejenerasyonla da güçlü bir şekilde ilişkilidir.Bu durum 70 yaşından büyük kişilerde oldukça yaygındır ve orta ve yüksek gelirli ülkelerde körlüğün önde gelen nedenlerindendir.Duysal fonksiyonlarla ilgili bu değişikliklerin, yaşlı bireylerin günlük yaşamları üzerinde önemli etkileri olabilmektedir.Tedavi edilmeyen işitme kaybı iletişimi etkiler, sosyal izolasyon ve bireyin otonomisinin kaybına yol açar.Bunun yanında anksiyete, depresyon ve bilişsel gerileme ile de ilişkilidir. Belirgin işitme kaybı olan birey, genellikle işitmesi normal olan insanlar tarafından anlayışla karşılanmaz, konuşulan kelimeyi anlamadaki yavaşlık genellikle zihinsel yetersizlikle eşdeğer tutulur ve genellikle yaşlı kişinin “yavaş” veya “zihinsel olarak yetersiz” olarak etiketlenmeden kaçınmak için daha fazla geri çekilmesine neden olur. Görme bozuklukları mobilitayı kısıtlayabilir,

kişilerarası etkileşimleri etkileyebilir, depresyonu tetikleyebilir, bilgiye ve sosyal medyaya erişimin önünde bir engel teşkil edebilir, düşme ve kaza riskini artırır ve araba kullanmayı tehlikeli bir hale getirebilir (3).

2.2.4. Yaşlılarda Sağlığın Değerlendirilmesi

Yaşlılarda sağlığın değerlendirilmesi geriatrik değerlendirme ve izlem sürecinin bir parçasıdır.

Geriatrik değerlendirme, yaşlı hastaların sağlık değerlendirmesini tanımlamak için kullanılan daha geniş bir terimdir. Standart tıbbi değerlendirmenin farklı çıktılarını ve bileşenlerini vurgular. Bu yaklaşım, yaşlı insanların sağlık durumlarının, tıbbi durumlarının tezahürlerinin ötesindeki etkilere bağımlı olduğunu kabul etmektedir. Bunlar arasında sosyal, psikolojik ve zihinsel sağlık ve çevresel faktörler yer almaktadır. Geriatrik değerlendirmenin, hem değerlendirilen bir boyut olarak, hem de iyileştirilecek ve sürdürülecek bir çıktı olarak, fonksiyonel durum üzerinde de büyük bir önemi vardır (27).

Yaşlılık, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azaldığı, çok sayıda sağlık probleminin eşlik ettiği bir süreçtir. Yaşamın her döneminde karşılaşılan hastalıklar nedeniyle, yaşlılık döneminin fizyolojik değişikliklerine bu sorunların getirdiği güçlükler eklenmektedir. Yaşlanma sürecini hızlandıran düzensiz beslenme, sigara, alkol, stres gibi faktörlerin etkisiyle obezite, diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler olaylar, kas iskelet problemleri, gonartroz, demans, depresyon gibi hastalıklar günlük pratikte karşımıza çıkmaktadır. Multimorbidite, özellikle düşük sosyoekonomik sınıfta çok yaşlı olarak tanımlanan bireylerin prevelansının artmasıyla beraber, yaşlı nüfusun yarısından fazlasını etkilemektedir. Multimorbidite risk faktörleri ile ilgili genetik alt yapı, biyolojik nedenler, yaşam tarzı veya çevresel faktörler olarak çok az şey bilinmekteyken, ana sonuçları fonksiyonel bozukluk, kötü yaşam kalitesi ve sağlık hizmetinin aşırı kullanımı ve yüksek maliyetlerdir. Yaşlıların bu çoklu problemleri nedeniyle geriatrik değerlendirme, yoğun interdisipliner ve multidisipliner yaklaşımı zorunlu kılar. Bu amaçla yaşlıyla

ilgili tüm veriler bir araya getirilerek, kalan yaşam süresinin olabilecek en sağlıklı şekilde geçirilmesi için gerekenler planlanmaya çalışılır (28, 29). Bu hastaların değerlendirilmesi bilinen rutin öykü ve fizik muayeneden bazı farklılıklar göstermektedir. Yaşlı hastalar bazı problemlerini önemsemeyebilir veya ifade etmekten çekinebilirler (30). Örneğin düşmenin tedavi edilebilir bir sağlık sorunu olduğunu bilmeyebilirler veya üriner inkontinans veya cinsel işlev bozukluklarından söz etmekten utanabilirler. Buna benzer şekilde işitme kaybını yaşlanmanın getirdiği normal bir süreç olarak kabul edebilir ve yapılacak bir şeyin olmadığını düşünebilirler (27). Bu durumlar yaşlıların kendi kapasite değerlendirmelerinin ek önemi olabileceğine işaret etmektedir.

Yaşlıların değerlendirilmesinde özellikle sorgulanacak ve değerlendirilmesi gerekli sağlık alanları şu şekilde sıralanabilir:

- Görme durumu
- İşitme durumu
- Beslenme durumu(malnutrisyon/kilo kaybı)
- Üriner inkontinans
- Denge durumu, yürüme problemleri ve düşme
- Polifarmasi
- Bilişsel durum
- Duygudurum
- İşlevsellik

Bunların yanında sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen sosyodemografik ve çevresel-sosyal faktörler de değerlendirmenin ayrılmaz bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Yaşlıyı değerlendirmede anamnez ve fizik muayenenin yanında sıkça başvuru alan yöntemlerden biri de değerlendirme ölçekleridir. Geçerliliği ve güvenilirliği onaylanmış ölçekler, genellikle zamandan tasarruf ederek tarama yapma amaçlı kullanılmaktadır. Aşağıda bu çalışmada kullanılan Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire; GHQ)'nden bahsedilmektedir.

Genel Sağlık Anketi: Genel Sağlık Anketi (GSA) genel popülasyonda ve birinci basamak sağlık kuruluşları veya genel dahiliye poliklinikleri gibi psikiyatri klinikleri dışındaki alanlardaki kullanımı için, başta anksiyete ve depresyon olmak üzere psikotik olmayan minör psikiyatrik bozuklukları tanımlayabilmek amacıyla kullanılan bir tarama aracıdır. GSA, çeşitli alanlarda araştırmacılar (iş sağlığı, tıp, psikoloji) ve psikiyatrik bozukluk açısından bireyleri taramak isteyen klinisyenler tarafından çok yaygın olarak kullanılmaktadır (31).

Orijinal anket formu, 1988 yılında Goldberg ve Williams tarafından geliştirilmiştir (32). Adölesan çağıdan itibaren tüm yaş grupları için kullanımı uygundur. Ancak çocuk yaş grubunun değerlendirilmesi için kullanılamaz. Anket, cevaplayanın mevcut durumunu değerlendirir ve her zamanki durumundan farklı bir durumda olup olmadığını sorar. Bu nedenle uzun dönem değil, kısa dönem psikiyatrik bozukluklar için duyarlıdır. 2 temel alana odaklanmaktadır (31):

1. Normal fonksiyonları yerine getirmede yetersizlik
2. Yeni ve üzücü durumların ortaya çıkışı.

Anketin 60, 30, 28 ve 12 soruluk versiyonları mevcuttur. GSA-12; 12 soru içeren ve çok hızlı uygulanabilen bir versiyondur. Tamamlanması yaklaşık iki dakika sürmektedir, bununla birlikte, daha uzun versiyonlarla karşılaştırılabilir psikometrik özelliklere sahiptir. Uygulama hızı göz önüne alındığında, genellikle daha uzun bir form vermenin pratik olmadığı araştırma çalışmalarında kullanılmaktadır. GSA-12, katılımcıların GSA-60 tarafından 'fiziksel olarak hasta' olarak kabul edilen maddelerin kaldırılmasıyla hazırlanmıştır. Maddeler daha sonra "sağlık" veya "hastalık" durumunu işaret etmeleri açısından 2 gruba ayrılmış ve orjinal madde analizine göre en yüksek eğimi gösteren maddeler seçilmiştir. GSA-12 sadece toplam puan verir ve değerlendirme buna göre yapılmaktadır. Her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır ("hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık" gibi). Bu dört sütun denek tarafından 0, 1, 2, 3 olarak kodlanır, ya da uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunarak deneğin cevabı kodlanır. Toplam puanın ilk 2 sütuna 0, son iki sütuna 1 puan vererek hesaplanması şeklinde yaygın bir uygulama vardır (David Goldberg buna GSA tipi puanlama adı vermiştir; diğer tipe

Likert tipi puanlama denilmektedir). GSA tipi puanlamanın kullanıldığı geçerlilik araştırmaların çoğunda en uygun kesme noktası; GSA 12 için 1 ve 2 puan arası (max 12 puan) olarak saptanmıştır. Vaka bulma çalışmasında bu puanların üstünde alanlar "vaka" kabul edilirse en yüksek duyarlılık ve özgüllük değerleri elde edilmektedir. (31, 33) GSA-12'nin 15 ülkede yapılan, standart psikiyatrik görüşmeyle karşılaştırıldığı validasyon çalışmasında eşit oranda iyi sonuçlar alındığı saptanmıştır. (34) Ancak bu çalışmalar genelde genç erişkinler üzerinde yapılmıştır. Nijerya'da toplum tabanlı bir çalışmada GSA-12'nin mental bozukluklar için iyi bir tarama aracı olduğu gösterilmiştir (35). Bunun yanında Hindistan ve İran'da 60 yaş ve üzerindeki kişilerden oluşan popülasyon üzerinde yapılan çalışmada GSA 12'nin bu yaş grubundaki kişilerde yeterli ölçüde güvenilir olduğu saptanmıştır (32, 36). Son yıllarda ulusal ve uluslararası pek çok çalışmada GSA 12'nin yaşlı popülasyonda tercih edildiği görülmektedir (37-42).

Türkiye'de GSA'nın 12 ve 28 soruluk biçimlerinin Türk toplumundaki geçerliliği Ankara Gölbaşı sağlık ocağına başvuran 86 hastada Şimdiki Durum Muayenesi kullanılarak araştırılmıştır. GSA 12'nin iç tutarlılığı 0,78; duyarlılığı 0,74; özgüllüğü 0,84 olarak bulunmuştur (43). GSA 12 ve GSA 28'in Türkçe versiyonlarının yine birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kişiler arasında yapılan, daha geniş kapsamlı güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında GSA 12'nin iç tutarlılığı ilk çalışmayla aynı şekilde 0,78, test yarılama metoduyla elde edilen güvenilirliği 0,78 olarak saptanmıştır. GSA 12 versiyonu için yapılan faktör analizinde anksiyete/depresyon ve sosyal disfonksiyon olarak 2 faktörlü bir yapı ortaya konulmuştur. Söz konusu çalışmayla her iki versiyonun da güvenilir olduğu ve faktör yapılarının kültür ve zaman değişikliğine karşın kararlı olduğu gösterilmiştir (33). GSA'nın 12 ve 28 soruluk tiplerinin Türk toplumundaki yaşlılarda geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmamakla beraber, yaşlı popülasyon dahil, farklı yaş gruplarında uygulanmış olan çalışmalar mevcuttur (41, 42, 44-47). Örnekleme grubunu, yaşlıları da kapsayan daha geniş yaş aralığındaki bireylerin oluşturduğu çalışmalarda, birbiriyle benzer şekilde, yaşlı popülasyonun GSA-12 puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (42, 44, 47).

2.3. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramı, özellikle II. Dünya Savaşı'nın sona ermesinden sonra yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Amerikan dilinde, başlangıçta, ev, araba, daha iyi cihazlar, seyahat ve emeklilik için para gibi daha ziyade maddi olanaklar için kullanılan bu terim, daha sonraki yıllarda eğitim, ekonomik gelişim, sağlık ve refah gibi konularla ilgili olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1960'ların sonlarında ise, kişisel özgürlük, boş zaman aktiviteleri, keyif, duygu, yalınlık, kişisel bakım kavramlarını vurgulamak için kullanıldığı görülmektedir. Sonrasında terim, "iyi yaşam" kavramının maddi zenginlikten daha fazlası olduğunu vurgulamak için kullanılmıştır (11). II. dünya savaşı sonrası hızlı ekonomik büyüme ve sosyal değişim yıllarında, hem Amerika hem de Avrupa'da yaşam kalitesini ölçmek için sosyal araştırmalara ağırlık verilmiştir. Boşanma ve borçlu olma oranları veya telefonu, iki arabası olan hane halkı sayısı gibi tüketim mallarına sahip olma şeklindeki sosyal istatistikler, objektif sosyal indikatörler olarak ele alınmıştır (48). Ancak bu ölçütler, daha ziyade toplumsal yaşam kalitesindeki değişimi göstermektedir. Bu konudaki tartışmalar, subjektif sosyal indikatörlerin ortaya çıkışını da sağlamıştır. Çünkü insanların subjektif reaksiyonları gerçektir ve bu temel üzerinde yaşamlarını sürdürürler (49). Bu nedenle yaşam kalitesinin ölçümünde subjektif reaksiyonların hesaba katılması gerekmektedir. Bu bağlamda, 1970'lerin ortalarından itibaren, sosyal araştırmaları takiben sağlık alanında da özellikle onkoloji, romatoloji ve psikiyatri alanlarındaki klinik müdahale çalışmalarında yaşam kalitesi kavramı araştırılmaya başlanmıştır. Tıp bilimi, yaşam kalitesinin hastanın bütün olarak iyilik hali üzerindeki mesuliyetini farketmeye başlamıştır (48). Bundan sonra konuyla ilgili tıp ve hemşirelik alanlarında çok sayıda çalışma yapılmış ve makale yayınlanmıştır. Ancak pek çok makalede yaşam kalitesinin kendisine değil, sağlık-ilişkili yaşam kalitesine atıfta bulunulduğu görülmektedir (50). Burada ölçülen sıklıkla fiziksel işlevselliktir ki bu da yaşam kalitesinin sadece bir alt bileşenidir. Genel olarak insanların değer verdikleri şeyler farklılık gösterdiğinden, yaşam kalitesi için çok sayıda tanımlama mevcuttur (11). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini "kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine,

standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması” olarak tanımlamıştır (51).

2.3.2. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Yaşlılarda yaşam kalitesi kavramı için pek çok araştırmacı tarafından farklı tanımlamalar yapılmıştır. Sık kullanılan tanımlamalardan birisinde, yaşam kalitesi kavramının 4 alt boyutundan bahsedilmektedir. Bu boyutlar; genel sağlık ve fonksiyonellik durumu, sosyoekonomik durum, yaşam memnuniyeti ve özsaygı olarak belirlenmiştir. Yaşam kalitesi kavramını her zaman tam olarak değerlendirmese de, bunların temel boyutlar olduğu belirtilmiştir (52). Yine başka bir tanımlamada yaşam kalitesi, insanların yaşamlarıyla ilgili çeşitli açılardan hissettikleri memnuniyet ve memnuniyetsizlik derecesi olarak ifade edilmektedir (49). Sağlık hizmetleri araştırmalarında, özellikle kronik hastalıkların bulunma oranı yüksek yaşlı kişiler için, hem fiziksel hem de psikolojik iyilik durumunu kapsayan genel sağlık ve fonksiyonellik durumunun, yaşam kalitesinin önemli boyutları olduğu ifade edilmektedir (11). Yaşlı bireylerin kendi yaşam kalitelerine etkileyen unsurlarla ilgili görüşlerinin alındığı çalışmalarda, bireylerin yaşam kalitesi ile ilgili hem olumlu hem olumsuz öğelerden bahsettiği görülmektedir. Başta aile ve çocuklarla olmak üzere sosyal bağlar, sağlık, maddi imkanlar ve faaliyetler gibi unsurlar, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilerken, buna karşılık, bağımlılık ve fonksiyonel kısıtlılık, mutsuzluk, arkadaş ve aile fertlerinin kaybı nedeniyle azalmış sosyal bağlar olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar yaşam kalitesi kavramının sağlığın önüne geçtiğini açıkça göstermektedir. İyi sosyal ilişkilere sahip olmak, aktif olmak, sosyal ve kişisel olarak anlamlı etkinliklere katılabilmek ve işlevsel bir sınırlamaya sahip olmamak gibi faktörler, kimi zaman yaşlı insanlar için sağlıktan daha önemli olabilmektedir (9).

2.3.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesiyle ilgili çalışmalar, kavramın tanımlanmasıyla paralel bir seyir izlemiştir. Bu, bir anlamda yaşam kalitesinde etkili

olan unsurların ortaya konulabilmesi için, ölçülebilmesi gerekliliğinin bir sonucudur. Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çok boyutlu bir yaklaşımı gerektirmektedir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesiyle ilgili olarak, Lawton, daha önceki yaklaşımları da içinde barındıran, geniş kapsamlı bir model ortaya koymuş, bunu da çok boyutlu değerlendirme olarak adlandırmıştır. Buna göre, nesnel (nesnel çevre, davranışsal yeterlilik) ve öznel (algılanan yaşam kalitesi, psikolojik iyi olma) boyutun sürekliliği vardır ve yaşam kalitesi için her ikisi de çok önemlidir. Lawton'a göre nesnel boyutlar öznel boyutlara öncü olarak ele alınmalıdır. Sonuçta bu modelde yaşam kalitesi psikolojik iyi olma durumu ile belirlenir ve öncesindeki herşey bunun üzerine bir etki olarak kabul edilir (53). Genel olarak yaşam kalitesinin ölçümü, nesnel ve öznel olarak 2 boyutta; fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal olarak 3 alanda yapılır. Yaşam kalitesini ölçen araçların da jenerik (genel) ve idiyopatik (bireye özgü oluşturulan) olmasına göre 2 grup ölçekle değerlendirilebilir (9). Nesnel ölçümlerin avantajı gözlemciden kaynaklanan yanlılık hatasına maruz kalmamalarıdır ancak bireyin duygularına karşı duyarsızdır ve suç oranları, gelir gibi bazı ölçütlerin güvenilirliğine ilişkin endişeler olduğu belirtilmektedir. İş memnuniyeti, sağlık ve moral algısı, bireylerin yaşamlarıyla ilgili değerlendirmeleri, öznel ölçümlerin güçlü yanlarıdır. Yaşam kalitesini ölçmek için çok sayıda ölçek ve test tasarlanmıştır. Bunlar, kavram, yapı ve içerik açısından büyük farklılık gösterdiklerinden çoğunlukla birbirleriyle doğrudan karşılaştırılamazlar. Yaşam kalitesi ölçüsünü neyin oluşturduğuna dair görüş birliği yetersizdir, hiçbir gösterge tüm kullanımlar için yeterince kapsamlı olamaz. Bu nedenle herhangi bir yaşam kalitesi ölçüsünün geçerliliğini belirlemek de zordur. Kullanılan ölçeklerin çoğu, ölçeği geliştirenlerin kabul ettiği yaşam kalitesi tanımlamalarına dayanmaktadır. Yaşlı bir insan için, bir arkadaş ağının varlığının değil, maneviyatın geliştirilmesinin, kişinin iyi yaşam kalitesi için en belirleyici faktörlerden biri olabileceği düşünülen bir örnekte, 'sosyal yaşam', 'fiziksel sağlık' ve 'psikolojik sağlık' alanlarını ölçen yapılandırılmış bir ölçek kullanarak yapılan yaşam kalitesi ile ilgili bir çalışma, bu kişi için yaşam kalitesini gerçekte neyin olumlu kıldığını ölçmeyecektir. Ölçekler gibi yapılandırılmış enstrümanlar kullanıldığında, asıl değerlendirilen araştırmacının ilgilendiği “yaşam kalitesi” kavramı iken, yapılandırılmamış görüşmelerde kullanılan metodoloji, deneklerin yaşam kalitesine olumlu ya da olumsuz yönde katkıda bulunan faktörleri

tanımlamasına izin vermektedir. Ancak yapılandırılmamış görüşmelerle elde edilen bilgilerin geçerliliği de ayrı bir eleştiri konusu olmaktadır (11, 12) Bu açıdan bakıldığında yaşam kalitesini ölçmek için yapılandırılmış araçlar ve yapılandırılmamış görüşmeler olmak üzere iki aşamalı bir yöntemin kullanılması daha uygun bir yaklaşım olabilir.

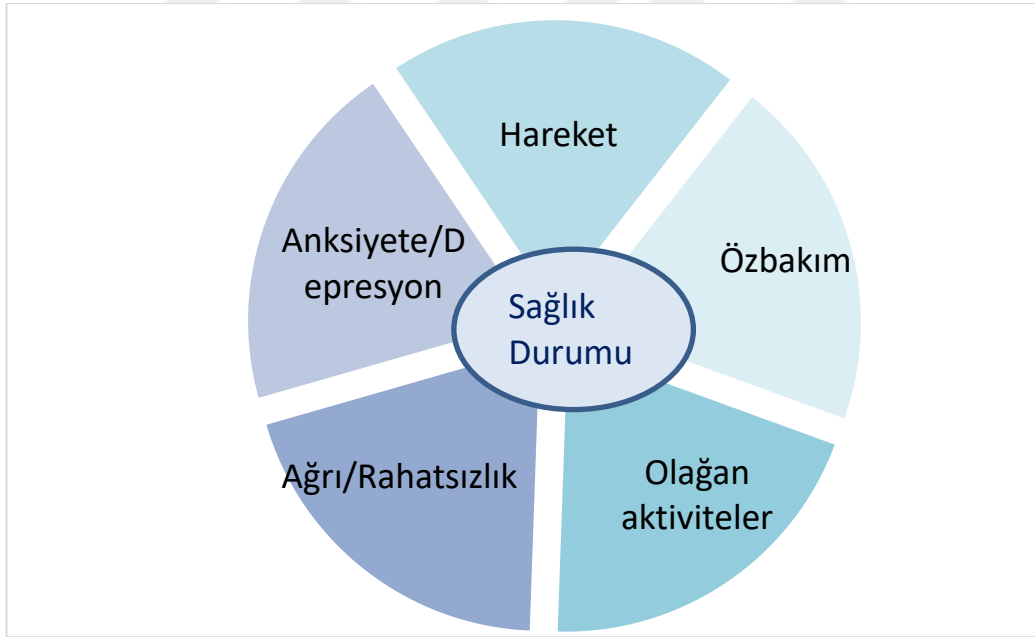
Yaşlı bireylerin kendi yaşam kaliteleri hakkında düşünebilme ve konuşabilme yeterliliğine sahip olmalarına rağmen yaşam kalitesiyle ilgili ölçütlerin pek çoğu yaşlı popülasyon için geliştirilmemiştir(9). Genel olarak yaşam kalitesini ve genel iyilik halini değerlendirmek üzere geliştirilmiş ölçeklere örnek olarak; Kısa Form 36 (Short Form 36;SF-36), DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHO-QoL), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile,136;SIP), Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile,38;NHP), KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire), EuroQol verilebilir (54).

Bu çalışmada kullanılan EuroQoL(EQ-5D-3L) Ölçeğiyle ilgili detaylı bilgiler aşağıda verilmektedir.

Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D-3L): Klinik ve ekonomik değerlendirmelerde sağlığın basit ve genel bir ölçüt olarak sunulabilmesi için EuroQol Grubu tarafından sağlık durumunun standardize bir ölçütü olarak geliştirilmiştir. EQ-5D, sağlığı tanımlayan ve değerlendiren bir ölçek ailesi olarak tanımlanmaktadır ve 30 yılı aşkın bir süredir klinik çalışmalarda, toplum çalışmalarında ve gerçek dünyadan elde edilen verilerde kullanılmaktadır. EQ-5D, pek çok Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi (STD) kuruluşları tarafından da önerilmektedir. Mevcut durumda EQ-5D'nin 3 farklı versiyonu vardır: 3 seviyeli versiyonu EQ-5D-3L, 5 seviyeli versiyonu EQ-5D-5L ve özellikle 8-15 arası çocuklarda ve adolesanlarda kullanımı için oluşturulmuş olan EQ-5D-Y.

EQ-5D-3L; İlk oluşturulan versiyondur. EQ-5D'nin 3 seviyeli versiyonu olarak 1990 yılında EuroQol Grubu tarafından tanıtılmıştır. EQ-5D-3L Ölçeği temel olarak 2 bölümden oluşmaktadır: EQ-5D tanımlayıcı sistemi ve EQ görsel analog ölçeği (EQ-VAS).

EQ-5D-3L tanımlayıcı sistemi beş boyuttan oluşur: hareket (mobility), öz-bakım(self-care), olağan aktiviteler (usual activities), ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve endişe/depresyon (anxiety/depression). Her boyutun 3 seviyesi vardır: 1. seviye=problem yok, 2. seviye=bazı problemler mevcut ve 3. seviye=aşırı problemler/majör problemler mevcut. Hastadan beş boyutun her birinde en uygun ifadenin yanındaki kutucuğu işaretleyerek sağlık durumunu belirtmesi istenir. Beş boyutun her birinden seçilen seviye neticesinde sağlık durumunu belirten tek bir değer elde edilir. Bu şekilde toplamda 243 farklı sağlık durumunun belirtilmesi mümkündür. Her durum 5 basamaklı bir kodla ifade edilir. Örneğin “11223” kodlu durum, Şekil 2.2’de gösterilen daire şeklindeki diyagramın en tepesinden başlayarak saat yönünde ilerlendiğinde, “hareket ve özbakımda problem yok, olağan (günlük) aktivitelerde bazı problemler mevcut, orta düzeyde ağrı veya rahatsızlık ve şiddetli anksiyete veya depresyon” olduğu anlamına gelmektedir.



Şekil 2.2. EQ-5D Boyutları.

5 boyutta ve 3 seviyede değerlendirilen sağlık durumu sayısal bir değere (indeks değer) dönüştürülerek sağlık durumunun, ülke veya bölgedeki popülasyonla

karşılaştırılması mümkün olmaktadır. Sağlık bakım müdahalelerinin ekonomik değerlendirilmeleri için kullanılan Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı (QALY) hesaplamalarını kolaylaştıran indeks değerler, EQ-5D nin önemli bir özelliğidir. Bir EQ-5D indeksi, esasen her boyuttaki seviyelerin her birine değerler (ağırlıklar) ekleyen bir formül uygulanarak elde edilir. Mümkün olan bütün EQ-5D durumları için hesaplanan indeks değerler topluluğuna değer seti denir. EQ-5D-3L için pek çok ülkeden elde edilen değer setleri mevcuttur ve EuroQol websitesinden ulaşılabilir.

EQ VAS, uç noktalarının “hayal edilebilen en iyi sağlık durumu” ve “hayal edilebilen en kötü sağlık durumu” olarak etiketlendiği dikey bir görsel analog skalasında, hastanın kendi sağlığını 0-100 arasında puanladığı bir ölçektir. VAS, hastanın kendi kararını yansıtan nicel bir sağlık sonucunun ölçüsü olarak kullanılabilir. EQ-5D için ek veri sağlar. EQ-VAS’dan elde edilen verinin sunumunda merkezi eğilim ve yayılım ölçütlerinin bir arada verilmesi önemlidir (55).

EQ-5D-3L’nin kullanılabilir durumda olan 180’den fazla farklı dilde çevirisi mevcuttur (55). Yaşlılarda yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda EQ-5D ölçeklerinden hem 5 seviyeli hem de 3 seviyeli versiyonu kullanılabilmektedir (56, 57). Genel popülasyon için 5 seviyeli versiyonun sağlık durumunu daha iyi tanımladığına dair yayınlar olsa da (58-60) diğer versiyonlara kıyasla ilk üretilen 3 seviyeli versiyonun farklı dillerde daha fazla çevirisi bulunmakta ve yoğun olarak kullanılmaktadır (61). Bunun yanında, daha az seçenekli olduğu için, cevaplama açısından 3 seviyeli versiyon, 5 seviyeli olana kıyasla daha az külfetlidir (56). Bu durum özellikle yaşlı bireyler için daha fazla önem arz etmektedir. Yaşlı popülasyon açısından pratik kullanımından dolayı araştırmacıların EQ-5D ölçeklerini kullandıkları görülmektedir (62). Bu çalışmada EQ-5D-3L’nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Akut koroner sendromlu hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin araştırıldığı bu çalışmada güvenilirlik açısından cronbach alfa değeri 0,86 saptanmış, geçerlik açısından MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği ile anlamlı pozitif yönde korelasyonu olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının 60 yaş üzerinde olduğu görülmektedir (63). Eser ve ark.’nın 2007 yılında birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kişilerde yaptıkları, EQ-5D-3L Ölçeği’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alfa değeri 0,77 olarak saptanmış, yapısal geçerliği

faktör analiziyle gösterilmiştir. Bu geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında katılımcılar, belli bir hastalığı bulunanlar arasından değil, genel toplumdan seçilmiştir ve örneklem 65 yaş ve üstündeki kişileri de içermektedir (64). EQ-5D-3L'in Türkçe versiyonunun akciğer kanserli hastalarda geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve kullanıma uygun bulunmuştur (65).

2.4. Yaşlılık ve Kapasite

2.4.1. Kapasite Kavramı

Bu çalışmada, “kapasite” kavramı, İngilizce “capability” sözcüğünün Türkçe karşılığı olarak kullanılmaktadır. Sözcüğün Türkçe’de “kabiliyet”, “yeterlik”, “yetenek”, “güç”, “iktidar” şeklinde karşılıkları da mevcuttur (66, 67). İngilizce literatürde kavram daha çok “capability” olarak kullanılmaktadır. “Capability” ve “capacity” sözcüklerinin her ikisinin de Türkçe ve İngilizce karşılıklarına ayrı ayrı bakıldığında, “ability or power to do something”/“the ability to do, experience, or understand something” yani “birşeyi yapma, uygulama veya anlama yeteneği, yetisi” şeklinde ortak bir ifadeye karşılık geldiği görülmektedir (66, 68). Konuyla ilgili anlatılmak istenen kavramsal bakış açısı, bu tanımlamayla bire bir örtüştüğü için, İngilizce literatürde “capability” olarak bahsedilen kavram için, bu araştırma kapsamında, “kapasite” sözcüğü tercih edilmiştir. Kapasite kavramı üzerine değerli çalışmaları olan Amartya Sen, Aristo döneminde de bu kavramın kullanıldığını, Yunanca “dunamin” sözcüğünün günümüz kaynaklarında “potansiyel” olarak çevrildiğini ancak “varolma veya yapma kabiliyeti, yetisi, kapasitesi” şeklinde de tercüme edilebileceğinden bahsetmiştir. Sen’e göre bir kişinin kapasitesi, kişinin gerçekleştirebileceği farklı işlevler bileşimini ve bunlar içinden kişinin tercihini yansıtmaktadır (69). Tüm bu tanımlamaların önemi, söz konusu kavramların bir amaca hizmet etmek için kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Günümüzde sağlık finansmanında ekonomik değerlendirmelerin önemi giderek artmaktadır. Mevcut ekonomik değerlendirme yöntemlerinin toplumun sağlık hedeflerini karşılamakta her zaman başarılı olamadığı ve politika yapıcıların kullanımı için çok karmaşık olduğu görülmektedir (70). Geleneksel olarak ekonomistler, ürün ve hizmetlerin önceliğini belirlemede “fayda/yarar” kavramını kullanmaktadırlar. Bunun için maliyet-etkililik analizlerinde kullanılmak üzere “Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı” (quality-adjusted life

year; QALY) gibi sağlık ilişkili fayda ölçütleri geliştirilmiştir (71, 72). QALY değerlerinin hesaplanabilmesi için yaşam kalitesinin belirlenmesi gerekmektedir. QALY, her bir ömür senesini yaşam kalitesi ile birlikte ele alan bir ölçektir. Hem yaşam beklentisindeki artışı, hem de yaşam kalitesindeki farklılaşmayı ölçer. Kazanılan her bir QALY için maliyet, yapılan tıbbi müdahalenin etkinliği hakkında bilgi verir. Ancak yaş, cinsiyet vb. ayrımının yapılmaması, yaşam kalitesini değil, yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmesi gibi olumsuz özellikleri kullanımı konusunda tereddütler yaratmıştır. Bunun yanında QALY'nin kullanılması, sağlık hizmet sunumunun amacının sağlığı en üst düzeye çıkarmak olduğunu varsaymayı gerektirir. Sağlıktaki ekonomik değerlendirmeleri en çok benimseyen ve kullanan ölkelerden biri olan İngiltere'deki mevcut politikada amaç ise daha ziyade yaşam kalitesinin artırılması yönündedir (72). Sağlık hizmetlerindeki ekonomik değerlendirmelerin odak noktasının “fayda” yerine “işlevsellik” ve “kapasite” kavramları olarak değişmesi gerektiğini savunan başka çalışmalar da mevcuttur (69, 73).

Amartya Sen, işlevsellik ve kapasite arasında ayrım yapmaktadır. Bu ayrımı, yiyecek yokluğundan dolayı açlık çeken bir kişiyle, yiyeceğe özgürce ulaşabilen ama aç kalmayı tercih eden bir kişiyi karşılaştırarak örneklendirmektedir. Aslında temelde işlevsellikle ekonomistler tarafından önerilen klasik fayda kavramını, ki buradaki fayda, ürün tüketiminden/kullanımından elde edilen fayda, birbirinden ayrı olduğunu vurgulamaktadır. Sen, ürün ve birey arasındaki ilişkiyi 4 farklı bakış açısıyla tanımlamaktadır: “ürün” bir maddedir; “fayda” o maddeden alınan keyif veya menfaattir; “özellikler” eşyanın nitelikleridir; ve “işlevsellik” bireyin eşyayı kullanmasıyla ilişkilidir. Bisiklet örneği ile bu kavramları anlatmayı tercih etmiştir: “ürün” olarak “bisiklet” kabul edildiğinde, “özellik”, bir yerden başka bir yere ulaşmak;, “işlevsellik”, hareket etmek; ve “fayda” ise o bisiklete sahip olmanın getirdiği keyif olarak tanımlamıştır. İşlevselliğin önemli olduğunu ancak değerlendirmede temel olarak ilişkili kavramın, yapabilme yetisi- ki kişi bunu yapmayı tercih edebilir veya etmeyebilir/edemeyebilir- anlamında “kapasite” olduğunun altını çizmiştir (69, 74).

2.4.2. Yaşlılarda Kapasitenin Değerlendirilmesi

ICECAP-O Kapasite Ölçeği: ICECAP-O (ICEpop CAPability measure for Older people) Ölçeği, Birmingham Üniversitesi'nden bir grup araştırmacı tarafından yürütülen bir proje-Investigating Choice Experimentes for the Preferences of Older People (ICEPOP)- sonucu geliştirilen “ICECAP Ölçütleri” nden bir tanesidir. ICECAP Ölçütleri, ekonomik değerlendirmelerde kullanılmak üzere oluşturulmuş iyilik durumu ölçütleridir. Bu ölçütler kavramsal olarak, iyilik hali/iyi olma durumunu, bireylerin hayatlarında önemli olan şeyleri “yapabilme” ve “olabilme” yeterliği olarak tanımlayan Amartya Sen'in kapasite yaklaşımı ile ilişkilidir. Birmingham Üniversitesi tarafından yürütülen projenin ilk çıkış noktası yaşlı kişilerin sağlık ve sosyal bakımı için bir ölçüt geliştirmek olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadaki temel amaç, yaşlı kişilerin yaşam kalitesini etkileyen sağlık veya başka diğer durumlar yerine, yaşlı kişilerin tam olarak yaşam kalitesine odaklanan yeni bir indeks için ilgili özellikleri belirlemek olarak ifade edilmektedir (72) ICECAP-O, araştırma grubu tarafından 2005 yılında yaşlılar için kapasite değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. ICECAP-O Ölçeği, sağlıktan ziyade, daha geniş anlamda tanımlanan refah/iyilik durumu üzerine odaklanmaktadır(75, 76). Bunun yanında demans, psikogeratrik bozukluklar, düşmeye bağlı kırıklar, böbrek yetmezliği gibi pek çok sağlık probleminde, hastalığın şiddetine ve seyrine bağlı olarak, kapasite karşılaştırmalarında kullanılmıştır (77-81).

ICECAP-O Ölçeği'nin mevcut hali ortaya konulmadan önce, aynı araştırma grubu tarafından yapılan çalışmada, yaşamlarının kalitesinde nelerin önemli olduğunu öğrenmek için yaşlı kişilerle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde ilk başta, aktiviteler, ilişkiler, sağlık, refah, çevre, din/kader/tinsellik gibi faktörlere yoğunlaşılmasına rağmen, görüşmeler daha da derinleştirildiğinde ve analiz edildiğinde 5 kavramsal niteliğin önemi saptanmıştır:

- Bağlılık/Attachment (sevgi, arkadaşlık, duygusal yakınlık, dostluk duyguları)
- Rol/Görev/Role (bir amacının olması fikri veya kendisi/diğerleri tarafından takdir edilen bir şeyler yapma)

- Keyif/Enjoyment (zevk ve neşe anlayışı, memnuniyet duygusu)
- Güvenlik/Security (emniyette ve güvende hissetme, endişelenmeye gerek olmaması ve savunmasız hissetmeme)
- Kontrol/Control (bağımsız olma ve kendi kararlarını verebilme)

Ayrıca, bu çalışmada, görüşme yapılan kişilerin yaşam kalitelerinin, bu nitelikleri sürdürme kabiliyetinin kaybedilmesiyle sınırlandırılmış olduğunu öne sürmektedir. Bir başka deyişle, sağlıklı olmak, kendi başına yaşam kalitesini azaltmaz; bundan daha önemli olan konu; sağlıklı olma durumunun bu niteliklere erişme kabiliyetleri üzerine olan etkileridir (72).

ICECAP-O Ölçeğinde tanımlanmış 5 nitelik için, kişinin, kendine en uygun olan, 4 seçenekten birini seçmesi ve işaretlemesi istenir. Seçenekler 1'den (kapasite yok) 4'e (tam kapasite) kadar, en iyi-en kötü ölçeklendirme (best-worst scaling) metoduyla, puanlandırılmıştır. Toplam puan hesaplanmasında, İngiltere'de yaşlı kişiler üzerinde yapılan çalışmadan elde edilen indeks değerler kullanılmaktadır (13). Orijinal ölçek EK 1'de sunulmuştur.

2.5. Ölçek Geçerlik-Güvenirlik ve Uyarlama Çalışmaları

Ölçme, bir nesnenin ya da bireyin belli bir niteliğe veya özelliğe ne derece sahip olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılır ve bilimin bütün dallarında önemli bir yer tutar. Bunun yanında çoğu nitelik ya da özellik doğrudan doğruya gözlenemez, gözlenebilse bile doğrudan ölçülemez. Bunun için çoğu zaman ölçme araçları yani ölçekler kullanılır (82). Yeni geliştirilen veya uyarlanan bir ölçeğin iki özelliği yerine getirmesi beklenir. Bunlar “geçerlik ve “güvenirlik” tir.

2.5.1. Ölçek Geçerliği

Geçerlik, bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Bir testin ölçmek istenilen özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçebilmesi, bu testin geçerli olduğu anlamına gelmektedir. Genel olarak 4 tip geçerlik söz

konusudur. Bunlar; kapsam geçerliği, mantıksal geçerlik, bir referansa göre geçerlik (ölçüt bağıntılı geçerlik) ve yapı geçerliğidir (83).

Kapsam (İçerik) Geçerliği: Kapsam geçerliği, bir testin bu testle ölçülmek istenen davranışları/özellikleri ne derece kapsadığı ile ilgilidir. Ölçeğin incelenen konuların tüm önemli alt konularını içermesi, ölçeğin kapsam geçerliğinin olduğu anlamına gelir. Kapsam geçerliğinin belirlenmesine yönelik farklı yaklaşımlar vardır. Uzman görüşüne başvurma ve aynı kapsamı ölçtüğü bilinen başka bir ölçekle yeni ölçek arasında korelasyon katsayısının hesaplanması bu yaklaşımlar arasındadır. Kapsam geçerliği belirlenirken en çok kullanılan yöntem uzman görüşlerine başvurmadır. Bununla ilgili birçok yöntem geliştirilmiştir. Test maddelerinin ilgili özelliği/özellikleri yoklayıp yoklamadığı veya test maddelerin konuyla ilgili olarak ne kadar önemli olduğu ile ilgili uzmanların görüşlerine başvurulur. Uzmanların her bir maddeyle ilgili görüşleri “tamamen katılıyorum” dan “tamamen katılmıyorum” a derecelendirilen 5 dereceli bir ölçekle değerlendirilir. Bir başka yaklaşımda uzmanların her bir maddenin ilgili özelliği ölçüp ölçmediğiyle ilgili “yeterli”, “yararlı ama yeterli değil” ve “yeterli değil” şeklinde görüş bildirmeleri istenir. Bu şekilde maddeler gruplandırılarak bir formül aracılığıyla kapsam geçerlik oranı belirlenir (84, 85).

Mantıksal Geçerlik: Ölçeğin ölçülecek beceriyi oluşturan tüm bileşenleri bire bir kapsaması anlamına gelir. Kapsam geçerliğine benzemekle beraber daha ziyade fiziksel beceri veya yeteneğin belirlenmesine ilişkin testlerde kullanılmaktadır (85).

Bir Referansa Göre Geçerlik (Ölçüt Bağıntılı Geçerlik): Geçerliği incelenen bir ölçme aracının, geçerliği önceden kanıtlanmış başka bir araçla karşılaştırıldığında benzer sonuçlar vermesi, aracın ölçüt geçerliği olduğu anlamına gelir (85).

Yapı Geçerliği (Construct validity): Bir ölçme aracının (testin/ölçeğin) yapı geçerliliği; ölçeğin, o araçla ölçülmek istenilen kuramsal yapıyı ortaya koyabilme derecesidir. Yapı geçerliliğini net bir şekilde ortaya koyabilmek için öncelikle ölçme aracının özellikleri, yapısı ve diğer yapılarla olan ilişkileri araştırılmalıdır. Araştırılan ölçeğin yapısı hakkında kuramsal tanımlar yapılmalıdır. Bir ölçme aracının yapı

geçerliği, tek bir katsayıyla ifade edilemez. Yapı geçerliği belirlenirken, bir çok yönteme başvurulabilir ve elde edilen sonuçlar,  l me aracının ölçmek istediği yapıya ilişkin ya da ölçmek istediği yapıyı ölüp ölçmediğine ilişkin kanıtlar olarak kullanılabilir. Tüm bu kanıtlar da bir araya getirilerek  l me aracının, ölçmek istediği yapıyı ortaya koyma özelliğinin bulunup bulunmadığına karar verilebilir. Aşağıda yapı geçerliğini belirlemeye yönelik yöntemlerden bahsedilmiştir:

- ** l me aracının homojenliği;** bir  l me aracının yapıyı, yani tek boyutlu bir özelliği ne derece  l bildiğini ifade eder.  l me aracı alt testlerden oluşuyorsa, alt testlerden elde edilen puanlarla testin tümünden elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı, homojenliğe bir kanıt olarak kullanılabilir.    tutarlılık anlamında kullanılan güvenirlik katsayıları da yapı geçerliğine kanıt olarak kullanılabilir. Cronbach alfa, Kuder-Richardson 20 ve 21(KR-20 ve KR-21) gibi güvenirlik katsayıları,  l me aracının homojenliğinin ve dolayısıyla yapı geçerliğinin bir göstergesidir ancak kanıt değildir.
- **Diğer testlerle korelasyon;**  lgilenilen  l me aracından elde edilen puanlarla, aynı yapıyı ölçtüğü bilinen başka bir  l me aracından elde edilen puanlar arasındaki korelasyon, yapı geçerliğine ilişkin kanıt olarak kullanılabilir. Bazen de ölçülmek istenen özellikle eşdeğer olmayan ancak yakın ilişki içerisinde olduğu bilinen veya yordayıcısı olarak görülen değişkenler ile ölçmek istenilen özellik arasındaki korelasyon da yapı geçerliğine ilişkin dolaylı kanıt sağlar.
- **Grup Farklılıkları;** bu yöntemde  l me aracı, ölçülmek istenen özellik (yapı) açısından farklı olduğu bilinen gruplara uygulanır. Grupların  l me aracından elde ettiği puan ortalamaları arasındaki farkı test etmek suretiyle yapı geçerliğine ilişkin kanıt sağlanabilir.
- **Faktör analizi;**  l me aracının, ölçtüğü değişkenlerin sayısı ve bunların her birinin testin bütününden elde edilen toplam puanlara katkısı, testin ölçtüğü yapı ve yapıları ortaya çıkarmada kullanılabilir. Faktör analizi, yeni bir kuramsal yapının hangi alt yapılardan oluştuğunun açıklanması veya var olan bir kuramsal yapının doğrulanması gibi iki türde ele alınır.

- **Uzman görüşüne başvurulması;** Ölçüm aracına ait maddeler, ölçülmek istenen yapıyı ölçüp ölçmediğine ilişkin olarak uzmanlarca incelenir (84, 86).

2.5.2. Ölçek Güvenirliği

Güvenirlik, bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin tekrarlanabilirliği, birbiri ardına yapılan denemelerde aynı sonucun elde edilmesi, bir başka deyişle tekrarlardaki tutarlılıktır. Bir diğer tanımlama ise, bir özelliğin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılık ve zamana göre değişmezlik ölçüsüdür. Ancak ölçmede sabit bir hata varsa, art arda yapılan ölçüm sonuçları yine benzer çıkacaktır. Bu nedenle güvenirliliğin en genel tanımı, “ölçmenin hatalardan arınmış olmasıdır” şeklinde yapmak daha doğru kabul edilmektedir. Güvenirlik belirleme yöntemleri; birden çok uygulamaya dayalı ve tek uygulamaya dayalı olmak üzere iki türde sınıflanabilir (83, 84, 87).

• Birden Çok Uygulamaya Dayalı Yöntemler

Test- Tekrar Test Yöntemi: En çok bilinen yöntemlerden birisidir. Aynı testin aynı gruba belli bir zaman aralığı içerisinde tekrar uygulanmasıdır. Bu iki uygulama sonrasında, bu iki testten elde edilen skorlar arasındaki Pearson korelasyon katsayısı (gerektiğinde Spearman korelasyon katsayısı) hesaplanır. Bu katsayıya kararlılık katsayısı da denir. Elde edilen değer 0 ile 1 arasında değişir, 1’e yakın olması, testin o kadar güvenilir olduğu anlamına gelir. Genel olarak güvenirlilik açısından bu katsayının 0,70’in altında olmaması istenir. İki Uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyonun yüksek olması, hem testten elde edilen puanların kararlılığını hem de iki uygulama arasında geçen zamanın ölçülen nitelik üzerinde fazlaca etkili olmadığını gösterir. Uygulamalardan elde edilen puanlar arasındaki düşük korelasyon ise, ölçme aracının güvenirliliğinin düşük olması ile ilgili olabileceği gibi, geçen zamanın etkisiyle ölçülen özellikte meydana gelen değişimle de ilgili olabilir. Test-tekrar teste dayalı ölçme sonuçları arasındaki korelasyon, ölçmeler arasındaki zaman aralığı arttıkça düşebilir. Bu nedenle test-tekrar test güvenirliliği belirlenirken, ölçmelerin yapılacağı zaman aralığı dikkatle belirlenmelidir. Uygulamalar arasındaki zamanın ne kadar olacağı konusunda net bir bilgi yoktur. Ancak bu zaman aralığı, birinci uygulamada bireyin yaptıklarını hatırlayamayacağı

kadar uzun; bireyde ölçülen özellik açısından değişimin olamayacağı kadar kısa olmalıdır. Dolayısıyla bu süre belirlenirken, ölçülen özelliğin doğası gereği bireylerdeki olası değişim hızı göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı kaynaklara göre, psikolojik tetstlerde testin ikinci kez verilmesi için uygun sürenin üç ay civarında olması gerektiği belirtilmektedir. Ancak genel eğilim, kağıt kalem kullanılarak yapılan testlerde ikinci testin 15 gün sonra uygulanması yönündedir (84-86, 88).

Sınıfıçi Güvenirlik Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient-ICC); denemeden denemeye iki ya da daha fazla ölçümün yapıldığı durumlarda uygulanabilir ve tekrarlı ölçümlerin hem sistematik hem de ortalamalara ilişkin değişikliklerine duyarlıdır (85).

Eşdeğer (Paralel) Testler Yöntemi: Bu yöntem, iki eşdeğer test formunun aynı gruba uygulanmasına dayalıdır. Bu durumda güvenirlilik katsayısı, iki formdan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısıdır. Aynı gruba uygulanan bu iki değişik ama birbirinin eşdeğeri olan test formlarından elde edilen bireylere ait puanlar arasındaki korelasyona eşdeğerlik katsayısı adı verilir. Bu katsayı 0 ile 1 arasında değerler alır. Katsayının 0'a yakın olması eşdeğer form güvenirliliğinin düşük, 1'e yakın olması ise güvenirliliğin yüksek olması anlamına gelir. Bu yöntemde testlerin paralel sayılabilmesi için içeriklerinin farklı olması, testlerdeki madde sayılarının aynı olması, maddelerin güçlük derecelerinin aynı olması, aritmetik ortalamalarının ve standart sapmalarının eşit olması ve maddelerin niteliğinin ve ölçtüğü davranışlar bakımından birbirine denk olması gerekir. Bu zorluklar nedeniyle bazı çalışmalarda maddelerin yerlerini değiştirmek ya da seçeneklerin yerlerini değiştirmek gibi yaklaşımlara başvurulmaktadır. Bu yaklaşımla elde edilen teste/forma yalancı eşdeğer form denir (84, 85).

Uyum Oranı ve Kappa Katsayısı: Niteliksel verilerde güvenirlilik, sınıflamadaki tutarlılık (uyum) olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle, eğer bir niteliksel test güvenilir ise, test uygulanan birey denemeden denemeye ya da günden güne yapılan ölçümlerde aynı sınıfta yer alacaktır. Uyum oranı (P_a), 0 ile 1 arası bir değer alır. Genel olarak yorumlama aralığı 0,50 ile +1,0 arasında değişir ve +1,0'a yakın olması istenir. 0,50'nin altındaki bir P_a değeri genellikle “şans uyuşumu”na atfedilir. Bu değer “kabul edilebilir bir uyum oranı” olarak yorumlanamaz. **Kappa katsayısı (k)**

ise, tamamen şansa bağlı olarak ortaya çıkan “şans uyuşumları” nı düzelterek güvenilirlik hakkında bilgi veren bir katsayıdır. Kappa katsayısı -1 ile +1 arasında değişir. Tam bir uyuşum söz konusu ise $k=+1$ 'dir. Gözlenen uyuşumun şans uyuşumuna eşit ya da şans uyuşumundan büyük olması durumunda $k \geq 0$ iken, gözlenen uyuşumun şans uyuşumuna eşit ya da şans uyuşumundan küçük olması durumunda $k \leq 0$ olur. Diğer bir deyişle, k 'nın yorumlanabilir aralığı 0 ile +1 olup, k 'nın sıfırdan küçük (negatif) olmasının güvenilirlik kavramı açısından bir anlamı yoktur (89).

• Tek Uygulamaya Dayalı Yöntemler (İç Tutarlılık)

İlgili testin bireylere sadece bir kez uygulanmasıyla elde edilen çeşitli güvenilirlik hesaplamaları mevcuttur: Eşdeğer yarılar yöntemi, Kuder-Richardson-20 (KR-20) ve Kuder-Richardson-21(KR-21) güvenilirliği ve Cronbach alfa güvenilirliği. Bunlar genel olarak içsel tutarlılık güvenilirliği olarak adlandırılır.

Eşdeğer Yarılar (Test Yarılama) Metodu: Bu yöntemde, bir test formunun tek oturumda uygulanması ve testi eşit iki yarıya bölmek suretiyle her bir bireye ait iki test puanı elde etmek söz konusudur. Tek oturumda uygulanan ve iki yarıya bölünen testin her iki yarısının paralel olduğu ve her iki yarının ortalama ve varyanslarının eşit olduğu varsayılır. Testin iki eşdeğer yarıya bölünmesi genellikle iki şekilde yapılır: Birincisi testin ilk yarısı ve ikinci yarısı şeklinde yapılması. Ancak burada testteki maddeler zorluk düzeyleri açısından baştan sona doğru değişiklik gösteriyorsa bu uygun olmaz. İkinci yaklaşım ise ilk yarıyı tek sayılı (1,3,5,...), ikinci yarıyı çift sayılı (2,4,6,...) maddelerin oluşturmasıdır (84, 85).

KR-20 ve KR-21 Güvenirliği: Bu yöntem, iki kategorili (doğru-yanlış, evet hayır, vb. gibi) puanlanabilen maddelerden oluşan bir testin güvenilirliğini hesaplamak için kullanılabilen bir yöntemdir. KR-20, testte yer alan her bir maddenin madde güçlük indekslerinin bilinmesi ya da hesaplanabilmesidurumunda kullanılabilir. Madde güçlük indekslerinin bilinemediği ya da hesaplanamadığı durumlarda kullanılmak üzere KR-21 iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı geliştirilmiştir (84, 85).

Alfa Katsayısı (Cronbach's Alpha): Genellikle toplam puanlar üzerine kurulu Likert türü bir ölçeğin güvenilirliğinin hesaplanması için kullanılır. Ölçek içinde

bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Ölçekte yer alan maddelerin türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıkları ile ilgili bilgi verir. İlgili ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa “ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı” yorumu yapılır. Alfa katsayısı; 0-0,39 arasında ise test/ölçek “güvenilir değil”, 0,40-0,59 arasında ise “güvenirliliği düşük”, 0,60-0,79 arasında ise “oldukça güvenilir”, 0,80-1,00 arasında ise “yüksek güvenilir” olarak nitelendirilir (85).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Ölçek uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi, metodolojik çalışma.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerinde yürütülmüştür. Aile Hekimliği poliklinikleri Kızılay'da 2, Bahçelievler, Çukurambar, Beşevler semtlerinde de 1'er tane olmak üzere toplam 5 polikliniklerdir. Bu poliklinikler o bölgede yaşayan insanlar için birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Aile Hekimliği polikliniklerine başvuru nedenleri aşağıdaki başlıklar altında sınıflandırılabilir (90):

1. Kronik hastalıkların kontrol muayeneleri ve ilaç yazdırma
2. Akut hastalıklar/rahatsızlıklar/semptomlar (Üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, baş ağrısı, öksürük, vb.)
3. Sağlıklı insanların periyodik muayeneleri ve taramalar
4. Sağlıkla ilgili konularda danışmanlık almak

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın Etik Kurul ve diğer izinleri alındıktan sonra, Haziran-Temmuz 2016'da ICECAP-O Ölçeği'nin, çeviri prosedürü izlenerek, Türkçe çevirisi ve uyarlaması gerçekleştirilmiştir (91). Araştırmanın aşamalarına ait zaman çizelgesi Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Araştırmanın iş-zaman çizelgesi.

	Şubat-Mayıs 2016	Haziran-Temmuz 2016	Ağustos-Kasım 2016	Aralık 2016-Nisan 2017	Mayıs 2017-Mayıs 2018	Haziran 2018-Haziran 2019	Haziran-Aralık 2019	Ocak 2020-Ocak 2021	Şubat 2021
Literatür tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	
Planlama	X	X							
Tez önerisi sunumu ve kabul	X								
Etik kurul ve izin başvuruları		X							
Ölçek çeviri-geri çeviri, adaptasyon süreci		X							
Pilot çalışma			X						
Veri toplama			X						
Verilerin girişi			X	X					
Verilerin değerlendirilmesi ve analizi				X	X	X			
Tez yazım				X	X	X	X		
Kontrol, düzeltme süreci							X	X	
Tezin sunulması ve savunma sınavı-I (düzeltme için süre verildi. Covid-19 salgını nedeniyle kayıt dondurma süresi eklendi)								X	
Tezin sunulması ve savunma sınavı-II									X

3.4. Araştırmanın Evreni, Örnekleme, Araştırma Grubu

Araştırma Evreni: 15 Ağustos-30 Ekim 2016 tarihleri arasında Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran tüm 65 yaş ve üstü kişiler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Hastane bilgi sisteminden araştırmanın başlatıldığı tarihten önceki son

6 aylık zaman diliminde, ilgili polikliniklere 65 yaş ve üstü kişilerin başvuru sıklığına bakılmış ve tüm polikliniklerin toplamı için aylık yaklaşık 500 hastanın başvurduğu saptanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü 2,5 aylık süreç için 1250 hastanın başvuracağı öngörülerek evren büyüklüğü belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü: Bu çalışmada evren temsiliyeti amaçlanmamıştır. Araştırma grubunun büyüklüğü aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

Araştırma grubu: Çalışmaya alınacak kişi sayısını belirlemek için çalışmada kullanılacak anket ve ölçek maddeleri temelinde literatürde önerilen her madde için en az 5 gözlem alınması yaklaşımından yararlanılmıştır (92). Bu çalışmada olası kayıplar da düşünülerek her madde için 10 gözlem alınmasına karar verilmiştir. En çok maddesi olan ölçeğin toplam madde sayısı dikkate alınmış, her bir madde için 10 kişi olacak şekilde çalışmaya alınacak kişi sayısı; $10 \times 20 = 200$ kişi olarak hesaplanmıştır. Ayrıca yaşlı grubun yanıtlamasında olası sorunlar ve kayıp veriler göz önünde bulundurularak en az %10 yedek eklenmesi planlanmış, araştırma için toplamda 239 kişiye ulaşılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizinde test-tekrar test aşaması 14 gün ara ile 40 kişiyle yapılmıştır.

Örnekleme yöntemi: Hedeflenen araştırma grubu büyüklüğüne ulaşıncaya kadar, belirlenen zaman aralığında Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan herkes, başvuru sırasına uygun olarak çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Araştırmadan Dışlama Kriterleri

❖ Dâhil edilme kriterleri:

- Gönüllü olma
- Okuma-yazması olma
- 65 yaş ve üzerinde olma

❖ Dışlama kriterleri:

- Çalışma kapsamındaki soruları algılayıp cevaplayabilecek düzeyde olmama
- Demans veya Alzheimer tanısı olanlar
- Herhangi bir nedenle çalışmayı tamamlama(ya)mama

3.6. Araştırma Grubu ile İlgili Değişkenler ve Ölçütler

3.6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Değişkenler ve Ölçütler

- **Yaş:** Doğum tarihi olarak elde edilmiş, yaşa dönüştürülerek, en küçük en büyük ve ortalama değerler olarak incelenmiştir. Kategorilere ayrılarak dağılım sunulmuştur.
- **Cinsiyet:** Cinsiyete dağılım yüzde olarak incelenmiştir.
- **Eğitim durumu:** 5 kategoriye ayrılarak incelenmiştir. Sıklık ve yüzde dağılım olarak sunulmuştur. Analizlerde düşük (okuryazar, ilkökul mezunu, ortaokul mezunu)-orta (lise mezunu)-yüksek (üniversite/yüksekokul mezunu) olarak 3 kategoride incelenmiştir.
- **Medeni durum:** 4 kategoriye ayrılarak, dağılımı sayı ve yüzde olarak sunulmuş, kategorik analizlerde evli-evli değil olarak iki grupta incelenmiştir.
- **Birlikte yaşadığı kişi(ler):** Kiminle yaşadığı, yalnız yaşayıp yaşamadığı ile ilgili veriler yüzde dağılımı olarak sunulmuştur. Kategorik analizlerde yalnız ve aileyle beraber olarak iki grupta incelenmiştir.
- **Çalışma durumu:** Sayı ve yüzde dağılımı olarak sunulmuş, kategorik analizlerde çalışıyor-çalışmıyor şeklinde iki grupta incelenmiştir.
- **Emeklilik durumu:** Herhangi bir işten emekli olup olmadıkları sorulmuş, sayı ve yüzde dağılımı olarak sunulmuştur.
- **Gelir durumu:** İki farklı şekilde incelenmiştir:
 - “Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?” şeklinde bir soru yöneltilmiş, katılımcıdan “çok kötü/kötü/orta/iyi/çok iyi” şeklinde

Likert tipi seçeneklerden birini seçmesi istenmiştir. Verilen yanıtlar, sayı ve yüzde olarak incelenmiştir.

- Gelirinin ihtiyaçlarını karşılama durumu: 0-100 arasında derecelendirilmiş termometreye benzer bir ölçek yardımıyla, katılımcıdan gelir durumunu ihtiyacını karşılamasına göre puanlandırması istenmiştir. “0” gelirinin ihtiyacını hiç karşılamadığı en alt seviyeyi; “100” ihtiyacını karşılayıp tasarruf yapabildiği en üst seviyeyi göstermektedir. En küçük-en büyük, ortalama değerler olarak incelenmiş, kategorik analizlerde ortanca değerine göre iki grupta incelenmiş ve sunulmuştur.

3.6.2. Sağlık ve İyilik Durumuna Ait Değişkenler ve Ölçütler

❖ Sağlık öyküsü ve iyilik durumu ile ilgili değişkenler:

- **Kronik hastalığı olma durumu ve sahip olunan hastalıklar:** Beyana dayalı elde edilmiştir. Sayı ve yüzde olarak incelenmiştir. Çoklu hastalık durumu kategorize edilerek incelenmiştir. 2 ve daha fazla kronik hastalık varlığı multimorbidite olarak değerlendirilmiştir (93).
- **İlaç kullanma durumu:** Beyana dayalı elde edilmiştir. Sayı ve yüzde olarak incelenmiştir. İlaç kullanıp kullanmama, kaç ilaç kullandığı tanımlayıcı olarak incelenmiş ve çoklu ilaç kullanımları “2 ve daha fazla ilaç kullanımı”, “2’den az ilaç kullanımı” ve “4 ve daha fazla ilaç kullanımı”, “4’ten az ilaç kullanımı” olarak 2 ayrı kategoride incelenmiştir (94, 95).
- **Sigara içme durumu:** beyana dayalı elde edilmiştir. “Hiç içmedim”, “içiyordum, bıraktım” ve “halen içiyorum” şeklinde 3 grupta incelenmiş, yüzde dağılımı olarak sunulmuştur. “Halen içenler”in bağımlılık düzeyleri Fagerström Nikotin Bağımlılığı Ölçeği’nden geliştirilen 2 soruluk Sigara Ağırlık İndeksi ile değerlendirilmiştir (96). Elde edilen toplam puana göre; 1-2 puan=çok düşük bağımlılık, 3 puan=düşük-orta bağımlılık, 4=orta

bağımlılık, 5 puan ve üzeri=yüksek bağımlılık olarak dört grupta kategorize edilmiştir (97, 98). Sayı ve yüzde dağılım olarak sunulmuştur.

- **Alkollü içecek tüketme durumu:** Tüketim sıklığı likert tipi soruyla değerlendirilmiştir. Yanıtlar sıklık olarak incelenmiştir. Bağımlılık durumu CAGE alkol bağımlılığı ölçeği ile değerlendirilmiştir. CAGE testi, ilk olarak 1970 yılında Ewing ve Rouse tarafından tanımlanmış, 1984 yılında Ewing tarafından literatüre kazandırılmıştır. CAGE testi alkolizmin taranması amacıyla kullanılmakta, dört klinik görüşme sorusundan oluşmaktadır. Sorular; alkolü kesme (Cutting down), eleştirilerden rahatsızlık duyma (Annoyance by criticism), suçlu hissetme (Guilty feeling), ve sabahleyin mahmurluğu dağıtmak için alkol içme (Eye-openers) durumlarına odaklanmıştır. Klinisyenin hatırlamasına yardımcı olmak için, soru içeriklerinin baş harfleri kullanılarak “CAGE” akronimi oluşturulmuştur. Sorular evet/hayır şeklinde cevaplandırılır. İki veya üç olumlu yanıt (evet) bağımlılık için yüksek şüphe, dört olumlu yanıt alkol bağımlılığı için patognomonik görülürken, 4 sorudan birine dahi olumlu yanıt verilmesinin ileri araştırmayı gerektirdiği bildirilmiştir (99). Arıkan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada CAGE testinin ülkemizde alkolizm tanısı için güvenirliliği tespit edilmiştir (100, 101). Bu çalışmada CAGE Testi’nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır. CAGE Testi ile ilgili bulgular, puanlarının dağılımı olarak sunulmuştur.
- **Egzersiz yapma durumu:** Beyana dayalı elde edilmiştir. Düzenli egzersiz yapma ve yapmama olarak incelenmiş, yapanlara ne tür egzersizi hangi sıklıkta yaptıkları sorulmuştur. “Her gün en az 30 dakika”, “Haftada 5-6 gün en az 30 dakika”, “Haftada 3-4 gün en az 30 dakika” ve “Daha az” olarak kategorilere ayrılarak incelenmiş, sıklık olarak sunulmuştur (102).
- **Beden Kitle İndeksi (BKİ):** Beyana dayalı olarak öğrenilen boy ve ağırlık değerlerinden hesaplanmıştır. $[BKİ=Ağırlık(kg)/(boyuzunluğu(m))^2]$ BKİ 19,9’un altında olanlar zayıf, 20-24,9 arasında olanlar normal, 25-29,9 arasında olanlar fazla kilolu ve 30’un üzerinde olanlar obez olarak belirtilmiştir (103). Sayı ve yüzde olarak incelenmiştir.

- **Mutluluk düzeyi:** 1-10 arası puan verilen bir skala üzerinden katılımcıların kendi mutluluk düzeylerine bir puan vermesi istenmiştir. “0”; “en mutsuz” düzeyi, “10”; “en mutlu” düzeyi tanımlamaktadır. Yüzde ve ortalama, ortanca değerleri olarak sunulmuş, analizlerde ortanca değerine göre 2 kategoride incelenmiştir (104, 105)

❖ **Sağlık ve İyilik Durumu ile İlgili Ölçekler:**

- **Genel Sağlık Anketi:** David Goldberg ve Paul Williams tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Genel Sağlık Anketi (Genaral Health Questionnaire; GHQ), 60 maddeden oluşmaktadır ve toplumdaki veya birinci basamak, genel tıp hizmeti veren poliklinikler gibi psikiyatri klinikleri dışındaki sağlık kuruluşlarına olan başvurularda psikiyatrik rahatsızlıkları saptamak amacıyla kullanılmaktadır. 12 maddelik kısa form kolay ve hızlı kullanımı nedeniyle araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Bu çalışmada Dr. Cengiz Kılıç tarafından Türkçe’ye çevrilen ve geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılan 12 maddelik Genel Sağlık Anketi’nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır (43). Elde edilen puanlar, en küçük-en büyük, ortalama±standart sapma ve yüzde olarak sunulmuştur.
- **EQ-5D-3L, EQ-VAS:** Klinik ve ekonomik değerlendirmelerde sağlığın basit ve genel bir ölçüt olarak sunulabilmesi için EuroQol Grubu tarafından sağlık durumunun standardize bir ölçütü olarak geliştirilmiştir. 5 boyut (hareket, öz-bakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık, endişe/depresyon) ve 3 seviye (problem yok, biraz problem var, major problem) içermektedir. Ölçek uygulanan kişiden beş boyutun her birinde en uygun ifadenin yanındaki kutucuğu işaretleyerek sağlık durumunu belirtmesi istenir. Bu karar, o boyut için seçilen seviyeyi ifade eden 1 basamaklı bir sayı ile sonuçlanır. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir.

EQ VAS, uç noktalarının “hayal edilebilen en iyi sağlık durumu” ve “hayal edilebilen en kötü sağlık durumu” olarak etiketlendiği dikey bir görsel

analog skalasında hastanın kendi sağlığını 0-100 arasında puanladığı bir ölçektir. Ölçek uygulanan kişiden kendi sağlık durumunu en iyi belirten sayıyı işaretlemeleri istenmiştir (55). Bu çalışmada EQ-5D-3L Ölçeği'nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır (64). Ölçekten elde edilen veriler, en küçük-en büyük, ortalama değerler, yüzde değerler olarak sunulmuştur.

3.7. ICECAP-O Ölçeği, Uyarlama Süreci ve İlgili Değişkenler ve Ölçütleri

3.7.1. ICECAP-O (ICEpop CAPability Measure For Older People) Ölçeği

Yaşlılarda kapasitenin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır.

Ölçeğin tanıtımı: ICECAP-O Ölçeği, Birmingham Üniversitesi'nden bir grup araştırmacı tarafından yürütülen bir proje sonucu geliştirilen "ICECAP Ölçütleri"nden bir tanesidir. ICECAP Ölçütleri, ekonomik değerlendirmelerde kullanılmak üzere oluşturulmuş iyilik durumu ölçütleridir. Birmingham Üniversitesi tarafından yürütülen projenin ilk çıkış noktası yaşlı kişilerin sağlık ve sosyal bakımı için bir ölçüt geliştirmek olarak belirlenmiştir ve araştırma grubu tarafından 2005 yılında ICECAP-O geliştirilmiştir (13). ICECAP-O Ölçeği 5 boyut içermektedir:

- Bağlılık (sevgi ve arkadaşlık) (**Attachment**)
- Emniyet (gelecek ile ilgili endişesinin olmaması) (**Security**)
- Rol/Görev (kendisi/diğerleri tarafından takdir edilen bir şeyler yapma) (**Role**)
- Keyif (zevk ve keyif) (**Enjoyment**)
- Kontrol/Güç (bağımsızlık) (**Control**)

Ölçek puan hesaplaması: Ölçek her başlık altında 4 değerlendirme ifadesi içermektedir. Her başlık için, ölçek uygulanan kişiden kendisine en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. İşaretlenmiş seçeneğin karşılığı olan puan, oluşturulmuş bir Stata veya SPSS kodlaması yardımıyla toplam ölçek puanı hesaplanmasında kullanılmaktadır (13). Buna göre beş alt boyutta da kişi kendine, tam kapasiteyi

tanımlayan değer olan 4 puan veriyorsa, ölçekten aldığı toplam puan 1 olarak hesaplanmakta, bunun tam tersi, kişi kendine tüm boyutlarda, hiç kapasite yok, anlamına gelen 1 puan veriyorsa, toplam ölçek puan 0 olarak hesaplanmaktadır. Aradaki tüm farklı kombinasyonlar için indeks değerler hesaplanmış ve araştırmacıların kullanımına sunulmuştur (76). Sonuçta ölçekten elde edilen toplam puan 0-1 arasında değişmektedir. Toplam ölçek puanı 1'e yaklaştıkça "kapasitede en iyi durum", 0'a yaklaştıkça da "kapasitede en kötü durum"u işaret etmektedir (13, 106). Orijinal ölçeğin geliştirilmesinde kalitatif çalışmalarla kapasite kavramı ve içerdiği özellikler belirlenerek boyutlar oluşturulmuş, yapı geçerliği test edilmiş ve kendine has bir puanlama sistemiyle ölçek kullanıma sunulmuştur.

Elde edilen veriler ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca (çeyrekler arası dağılım) olarak sunulmuştur.

3.7.2. ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması

ICECAP-O Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması; Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi, çevirinin dil açısından kapsam geçerliği analizinin yapılması ve ölçeğin geçerlik – güvenilirlik analizlerinin yapılması aşamalarını içermektedir. Orijinal ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi için, ölçeği oluşturan ekip ile yazışılarak çeviri protokolüne uyulması koşuluyla izin alınmıştır (EK 2). Orijinal ölçeğin diğer dillerdeki çevirilerinin geçerlik güvenilirlik çalışmaları incelenerek, bir uygulama prosedürü oluşturulmuştur (75).

ICECAP-O Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması aşamaları:

1. **İngilizce'den Türkçe'ye çeviri aşaması:** Ölçek İngilizce'ye hâkim anadili Türkçe olan birbirinden bağımsız iki kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.
2. **Transkültürel uyum aşaması:** Dil konusunda yeterliliği olan, ölçek çevirisi konusunda deneyimi olan ve bu ölçeğin kullanımında görüş verecek, dil açısından kapsam geçerliği için oluşturulan 10 kişilik uzman grubu içinde yer alan, 4 uzman tarafından çeviriler incelenmiş, ölçekte

anlatılmak istenen ifadelerin Türkçe'ye en uygun şekliyle aktarılması sağlanarak, iki çeviriden tek bir çeviri taslağı oluşturulmuştur. Dil açısından kapsam geçerliliği için, bu taslak çeviri, Aile Hekimliği, Halk Sağlığı, Epidemiyoloji, Türk Dili alanlarında uzmanlar ve redaktörlerden oluşan 10 kişilik bir uzman grubu tarafından değerlendirilmiş ve puanlanmıştır. Her bir boyut (alan) kapsamındaki ifadelerin uygunluğuna göre; 1 puan="uygun değil", 2 puan="uygun olabilir ancak yetersiz", 3 puan="uygun" olarak tanımlanmak üzere, uzmanlardan her ifade (seçenek) için puan vermeleri istenmiştir. Alanlara ilişkin kapsam geçerlik oran (KGO) ları ve ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Her bir seçenek için $KGO = [(\text{"uygun" diyen uzman sayısı}) / (\text{Toplam uzman sayısı} / 2)] - 1$ olarak hesaplanır. KGİ ise maddelerin KGO'larının ortalamasıdır. 10 kişilik bir uzman grubu için $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde en küçük KGO değeri 0,62'dir. Ölçeğe ilişkin KGİ ise, KGO'larının ortalamasıdır. Bulunan değer 0,67'den büyük olması istenir (107). Bu çalışmada KGİ 0,82 olarak saptanmıştır. (Bu süreçte yer alan uzmanların listesi EK-3'de sunulmuştur.)

3. **Pilot çalışma:** Kapsam geçerliği sonrası ölçek seçeneklerinde anlaşılabilirlik, cevaplanabilirlik açısından ölçek 65 yaş üstü 15 kişiye uygulanmıştır. Uygulanabilirliğinden emin olunduktan sonra 4. Aşamaya geçilmiştir.
4. **Türkçe'den İngilizce'ye çeviri aşaması:** Daha önce bu ölçekten haberdar olmayan, Türkçe'ye hakim iki dilli bir kişi tarafından taslak çeviri tekrar İngilizceye çevrilmiştir.
5. **Kontrol-son düzenleme aşaması:** İngilizceye yeniden çevrilmiş olan versiyon, orijinal ICECAP-O Ölçeğini geliştirmiş olan ekibe gönderilmiştir. ICECAP-O'nun Türkçe çevirisi, ölçek geliştirici ekip tarafından onaylanmıştır (EK 4).

ICECAP-O Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği

ICECAP-O Ölçeği geçerliğini test etmek üzere altın standart bir ölçek mevcut olmadığından ölçüt geçerliği araştırılamamış, ölçeğin **yapı geçerliği** test edilmiştir (106). Bu bağlamda **yakınsak geçerliği** açısından; Mental iyilik durumunu değerlendiren, Dr. Cengiz Kılıç tarafından Türkçe'ye çevrilen ve geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılan 12 maddelik Genel Sağlık Anketi'nin Türkçe versiyonu (43) ve yaşam kalitesini değerlendiren EQ-5D-3L ölçekleri kullanılmıştır (64). ICECAP-O Ölçeği'nin yapı geçerliği kapsamında bu ölçekler ile yakınsak geçerliği incelenmiş, korelasyona analiziyle değerlendirilerek sunulmuştur.

Ayırt edici geçerlik için, literatürde kapasiteyi etkilediği araştırılan ve gösterilen sosyodemografik özellikler ve sağlık durumu değişkenleri incelenmiştir.

Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır. Yine güvenilirlik için Test-Tekrar yöntemi uygulanmış ve sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient; ICC) hesaplanmıştır. Test-tekrar test için sıklıkla başvuru gözetim sayısı 30-50 civarındadır (89). Bu çalışmada, Türkçe'ye uyarlanmış ölçek, uygulamayı kabul eden 40 kişiye 10-14 gün arayla 2 kez uygulanmıştır.

3.8. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gücü

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması aşamasında, İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesi için İngilizce'ye hâkim, anadili Türkçe olan 2 kişi, Taslak çevirinin Türkçe'ye uygunluğu ve hedef kitle tarafından anlaşılabilirliği ve cevaplanabilirliği açısından, ölçek çevirisi konusunda deneyimli, yaşlı sağlığı konusunda aktif çalışan 4 uzman, yine transkültürel uyum aşamasında taslak çeviride maddelerin uygunluğunun tartışılacağı panelde yer alan Epidemiyoloji, Halk Sağlığı, Aile Hekimliği, Türk Dili uzmanlarından oluşan 10 kişi, geri çeviri aşamasında Türkçe'ye hâkim iki dilli 1 kişi görev almıştır. Çalışmanın yürütülmesinde, anket ve ölçeklerin uygulanmasında yüz yüze eğitim verilen, en az 5 yıllık deneyimi olan 2 Aile Hekimliği uzmanı ve ihtisasının son yılında olan 2 Aile Hekimliği asistanı olmak üzere 4 araştırmacı görev

almıştır. Araştırmacıların standardizasyonu için ön uygulama ve ortak eğitim yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Veri Toplama Araçları ve Verilerin Elde Edilmesi

Veri Toplama Araçları: Araştırmada kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

1. Sosyodemografik özellikler anketi (EK-5)
2. Türkçe'ye uyarlaması yapılmış olan ICECAP-O Kapasite Ölçeği (EK-6)
3. Genel Sağlık Anketi (EK-7)
4. EQ-5D-3L Ölçeği (EK-8)

Verilerin Toplanması: Sosyodemografik veriler, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı 5 Aile Hekimliği polikliniğinde yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. ICECAP-O kapasite ölçütü, katılımcılar tarafından bizzat doldurulmuştur. 40 katılımcıya tekrar test aşaması için ICECAP-O Ölçeği 10-14 gün içinde 2. kez uygulanmıştır.

3.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler

Araştırmada uluslararası etik kurallara ve Helsinki Bildirgesi İlkeleri'ne uyulmuş, katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınmış ve çalışmaya katılma onayları yazılı olarak istenmiştir. Tekrar test yapılan katılımcılar dışındaki katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır. Test-tekrar testinde veri toplama süreci tek araştırmacı tarafından yürütülmüş ve edinilen bilgiler 3. şahıslarla paylaşılmamıştır. Onamlar ve veri toplama aracı olarak kullanılan anketler araştırmacı tarafından bilimsel araştırma prensiplerine uygun olarak saklanmıştır. Araştırmada kullanılan EQ-5D-3L Ölçeği için, ölçeği geliştiren ve kullanıma sunan araştırma ekibiyle görüşülerek gerekli izin alınmıştır (EK-9). Araştırmanın yürütüldüğü Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden idari izin alınmıştır. (EK-10) Araştırma için 13.07.2016 tarihli ve GO 16/453-38 sayılı karar ile Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (EK-11) alınmıştır.

3.11.Çıkar Çatışması/Çakışması

Araştırmacıların bu çalışmanın yürütülmesindeki süreçlerin herhangi birinde yer alan unsurlarla ilgili herhangi bir çıkar çatışması ve çakışması bulunmamaktadır; çalışmanın akademik tarafsızlıkla yürütülmesine özen gösterilmiştir (Bkz. beyan formu).

3.12.Araştırma Bütçesi

Araştırma bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır (kırtasiye giderleri 420 TL) ve herhangi bir kurum, kuruluş ve kişiden maddi destek alınmamıştır.

3.13. Verilerin Analizi

ICECAP-O (CAPability measure for Older people) Ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması için toplanan veriler araştırmacı tarafından kodlanarak SPSS 15.0 (kullanıcı:11494) programına aktarılmıştır.

Ölçek geçerlik ve güvenilirlik analizleri: Ölçeğin güvenilirliği açısından test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. İki uygulamadan elde edilen ICECAP-O Ölçek toplam puanları için sınıfıçi korelasyon katsayısı (Intraclass correlation coefficient (ICC); R_1) hesaplanmıştır. İç tutarlılığı açısından Croncbah alfa değeri hesaplanmıştır. ICECAP-O Ölçeği'nin alt boyutları için katılımcıların 1. ve 2. uygulamada verdikleri yanıtların uyumunu belirlemek için ağırlıklandırılmış Kappa katsayıları hesaplanmıştır. Bu analizler için STATA v.13 istatistik paket programı kullanılmıştır.

ICECAP-O Ölçeği'nin yapı geçerliği kapsamında, yakınsak (convergent) geçerliliği için ICECAP-O Ölçek puanlarıyla GSA-12 ve EURO-QoL Ölçek puanları arasındaki korelasyon Pearson korelasyon analiziyle incelenmiş, ayırt edici (divergent) geçerlilik için bağımsız iki grup ortalamalarının karşılaştırılması, Mann Whitney U ve Kruskall Wallis testleriyle incelenmiştir. Kategorik dağılımların karşılaştırılmasında Ki-Kare ve Fisher'in uygunluk testleri kullanılmıştır.

Diğer analizler: Araştırmada kullanılan ölçüm verilerinin normal dağılım gösterip göstermedikleri analitik (Shapiro-Wilk Testi) ve görsel (histogram, box plot grafiklerileri) tekniklerle değerlendirilmiştir. İki bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testleri kullanılmıştır. Kategorik dağılımların karşılaştırılmasında Ki-Kare ve Fisher'in kesin testi incelenmiştir.

ICECAP-O Ölçeğinden elde edilen verilerin sosyodemografik özellikler, kişilerin sağlık ve iyilik durumlarıyla ilgili değişkenler, Genel Sağlık Anketi ve EQ-5D-3L Ölçeklerinden alınan puanlar örneklem grubuna ait özellikler yönünden tanımlayıcı olarak sunulmuştur. (Frekans tabloları, $\text{ort} \pm \text{standart sapma}$, ortanca, 1. ve 3. çeyrek, en küçük-en büyük değerler olarak). Kapasite ölçeği matriks sonuç puanı ile ruhsal iyilik durumu (GSA) ve yaşam kalitesi (EQ-5D-3L) ölçeklerinden alınan puanlar karşılaştırılmış, arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bütün testlerde alfa düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Araştırılan Özellikleri ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular

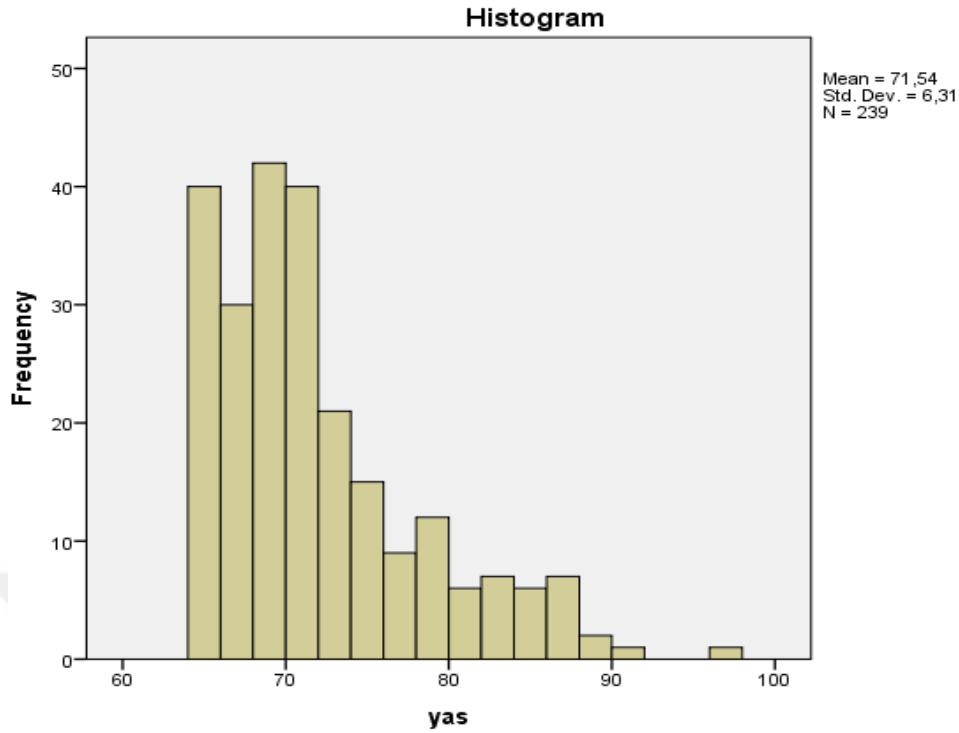
Çalışmaya toplam 239 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların %54,0'ını (n=129) kadınlar, %46,0'ını (n=110) erkekler oluşturmaktaydı. Katılımcıların %70,3'ü (n=168) evli, %24,7'si (n=59) ise eşinin vefat etmiş olduğunu bildirmişti. Yalnız başına yaşayan katılımcı sayısı 38 (%15,9), eşi ve/veya çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcı sayısı 195 (%81,6) kişiydi. Eğitim durumu incelendiğinde katılımcıların %36'sı ilkokul mezunu (n=86) olduğu, %22,2'si üniversite/yüksekokul mezunu (n=53) iken, %20'sinin herhangi bir örgün eğitim kurumundan mezun olmayan, okur yazar olan (n=48) katılımcılar olduğu saptanmıştır. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Çalışma 65 yaş ve üzerindeki bireylerde yürütüldü. Bütün grup yaş ortalaması $71,5 \pm 6,3$ yıl; kadınların yaş ortalaması $70,6 \pm 5,8$ yıl, erkeklerin yaş ortalaması $72,6 \pm 6,7$ yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların yaş dağılımı ve ilgili istatistikler Şekil 4.1 ve Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların genel sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=239).

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	129	54,0
Erkek	110	46,0
Yaş(yıl)		
65-74	181	75,7
75-84	44	18,4
+85	14	5,9
Medeni durum		
Evli	168	70,3
Bekar	5	2,1
Boşanmış	7	2,9
Dul (Eşi ölmüş)	59	24,7
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	38	15,9
Eşiyle birlikte	132	55,2
Çocuk(lar)la birlikte	31	13,0
Eş ve çocuk(lar)la birlikte	32	13,4
Huzurevi/bakımevinde	2	8,0
Diğer*	4	1,7
Eğitim durumu		
Okur yazar	48	20,1
İlkokul mezunu	86	36,0
Ortaokul mezunu	23	9,6
Lise mezunu	29	12,1
Üniversite/Yüksekokul mezunu	53	22,2
Toplam	239	100,0

*Diğer:Torunlar(1), abla ve yeğenler(1), kardeş(1), diğer akraba(1)



Şekil 4.1. Katılımcıların yaş dağılımının histogram grafik ile gösterilmesi.

Tablo 4.2. Katılımcıların yaş ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri(n=239).

	Ortalama±Standart sapma	Ortanca (1.-3. çeyrek)	En Küçük-En Büyük
Kadın	70,6±5,8	69 (66-73)	65-97
Erkek	72,6±6,7	71 (67-77)	65-91
Toplam	71,5±6,3	70 (67-74)	65-97

Çalışmaya katılanların 59,4'ünün (n=142) emekli olduğu, %7,9'nun (n=19) halen aktif olarak bir işte çalıştığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Emekli olanlar içinde 17 (%12) kişi halen aktif olarak çalıştığını belirtmişti (Tablo 4.4). Katılımcılardan kendi ailelerinin gelir durumlarını likert tipi bir ölçekle değerlendirmeleri istenmiş ve %64,4'ü (n=154) “orta”, %25,5'i (n=61) “iyi”, %1,7'si (n=4) “çok iyi” olarak yanıtlamıştır. Bu soruda “çok kötü” seçeneğini kimse seçmezken, 20 kişi (%8,4) gelir durumunu “kötü” olarak değerlendirmiştir. Yine katılımcıların gelir durumlarının yeterli olup olmadığını tespit edebilmek için, kendi aile gelir durumlarının;

ihtiyaçlarını karşılamadığını belirten “0” değerinden, ihtiyaçlarını karşıladığını ve tasarruf edebildiğini belirten “100” değerine kadar puanlandırılan, 0-100 arası değerlerle ölçeklendirilmiş bir skala üzerinde işaretlemeleri istenmiştir. 100 üzerinden verdikleri puan ortancası 50 olarak saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.3. Katılımcıların çalışma, emeklilik ve aile gelir durumu değişkenlerinin dağılımı (n=239).

	Sayı	Yüzde
Çalışma durumu		
Çalışıyor	19	7,9
Çalışmıyor	220	92,1
Emekli olma durumu		
Emekli	142	59,4
Emekli değil	97	40,6
Ailesinin gelir durumu		
Çok kötü	-	-
Kötü	20	8,4
Orta	154	64,4
İyi	61	25,5
Çok iyi	4	1,7

Tablo 4.4. Katılımcıların emeklilik durumlarına göre çalışma durumlarının çapraz tabloda gösterilmesi.

		Çalışma Durumu			Toplam
			Çalışmıyor	Çalışıyor	
Emeklilik Durumu		Sayı (%)	95(97,9)	2(2,1)	97
	Emekli Değil	Sayı(%)	125(88)	17(12)	142
	Emekli	Sayı(%)	220 (92,1)	19(7,9)	239
Toplam		Sayı(%)	220 (92,1)	19(7,9)	239

Tablo 4.5. Katılımcıların gelir durumu puan ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=236).

	Ortalama±Standart sapma	Ortanca (1.-3. çeyrek)	En Küçük-En Büyük
Ailesinin Gelir Durumu (Ölçek sayısal değer;0-100 arası)	55,8±14,7	50 (50-60)	10-100

4.1.2. Katılımcıların Sağlık ve İyilik Durumlarıyla İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların mevcut durumda ve geçmişteki sigara içme ve alkollü içecek tüketim alışkanlıkları sorgulandığında 18 kişinin halen sigara içtiği (%7,5), 77 kişinin (%32,2) içip bıraktığını, 144 kişinin (%60,3) ise hiç içmediği belirlenmiştir. Mevcut durumda ve/veya daha önce sigara içenlere miktar ve süre olarak ne kadar sigara içtikleri sorulmuştu. Bu soruya cevap verenlerin (n=75) sigara miktarı (paket/yıl) ortancası 20 paket/yıl olarak hesaplanmıştır. Halen sigara içenlerin bağımlılık düzeyleri 2 soruluk Sigara Ağırlık İndeksi ile değerlendirilmiş ve puan ortancası 3,5 olarak hesaplanmıştır. Bağımlılık ölçütüne göre araştırma grubunda yer alan yaşlıların % 16,7'sinin yüksek düzeyde sigara bağımlılığı, % 9.1'inin alkol bağımlılığı olduğu saptandı. Katılımcıların sigara içme durumları ve bağımlılık düzeyleri ile ilgili istatistikler Tablo 4.6, Tablo 4.7 ve Tablo 4.8'de sunulmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların sigara içme durumları dağılımı (n=239).

	Sayı	Yüzde
Sigara İçme Durumu		
Hiç içmemiş	144	60,3
İçmiş, bırakmış	77	32,2
Halen içiyor	18	7,5

Tablo 4.7. Katılımcıların içtikleri sigara miktarı (paket/yıl) ve Sigara Ağırlık İndeksi puanları ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri.

	Ortalama±Standart Sapma	Ortanca (1.-3. çeyrek)	En Küçük-En Büyük
İçilen sigara miktarı (paket/yıl) (n=75)	24,4±22,1	20 (10-30)	0,5-135
Sigara Ağırlık indeksi (n=18)	3,2±1,4	3,50 (2-4)	0-5

Tablo 4.8. Halen sigara içenlerin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı (n=18).

Sigara Ağırlık İndeksi	Sayı	Yüzde
0	1	5,6
1-2 (çok düşük bağımlılık)	5	27,8
3 (düşük-orta bağımlılık)	3	16,7
4 (orta bağımlılık)	6	33,3
5 (yüksek bağımlılık)	3	16,7
Toplam	18	100,0

Katılımcılara alkollü içecek tüketip tüketmedikleri likert tipi seçenekli bir soruyla sorulmuştur. Bu soruyu, katılımcıların %86,2'si (n=206) “hayır”, %5,9'u (n=14) “nadiren”, %6,7'si (n=16) “ara sıra”, 2 kişi (%0,8) “sıklıkla”, 1 kişi (%0,4) ise “her zaman” olarak yanıtlamışlardır. Alkollü içecek tüketenlerin alkol bağımlılık (CAGE) Ölçeği puanlarının dağılımına bakıldığında 22 kişinin ölçekteki hiçbir soruya olumlu yanıt vermeyerek 0 puan aldıkları görülmüştür. Diğer puan dağılımları Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. CAGE Ölçek puanlarının dağılımı (n=33).

CAGE puanı	Sayı	Yüzde
0	22	66,7
1	7	21,2
2	1	3,0
3	3	9,1
Toplam	33	100,0

Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıp yapmadıkları sorusuna yanıt olarak katılımcıların %40,2'si (n=96) düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığını belirtmişlerdir; düzenli fiziksel aktivite yapanların %83,3'ünün (n=80) egzersiz türü olarak yürüyüşü tercih ettikleri saptanmıştır. Yürüyüş dışında düzenli fiziksel aktivite yapanların (n=16); kültür fizik hareketleri, bel-boyun fıtığı için egzersiz, esneme-rahatlama egzersizleri gibi fiziksel aktiviteler yaptıkları öğrenilmiştir. Düzenli fiziksel aktivite yapanların ne sıklıkla yaptıkları Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite sıklığı açısından dağılımı (n=96).

Fiziksel aktivite sıklığı	Sayı	Yüzde
Hergün en az 30 dakika	39	40,6
Haftada 5-6 gün en az 30 dakika	11	11,5
Haftada 3-4 gün en az 30 dakika	24	25,0
Daha az sıklıkta	22	22,9
Toplam	96	100,0

Katılımcıların boy ve ağırlık değerlerine göre beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmış ve ortalaması $28,4 \pm 5,27 \text{ kg/m}^2$ olarak saptanmıştır. BKİ ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri ve BKİ kategorilerine göre katılımcıların dağılımı Tablo 4.11 ve Tablo 4.12'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların BKİ ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri.

	Ortalama $\pm$ Standart sapma	Ortanca (1.-3. çeyrek)	En küçük-En Büyük
BKİ	28,4 $\pm$ 5,3	28,0 (24,7-31,2)	16,7-51,1

Tablo 4.12. Katılımcıların BKİ kategorilerine göre dağılımı (n=239).

BKİ kategori	Sayı	Yüzde
Zayıf	2	0,8
Normal	67	28,0
Hafif kilolu	87	36,4
Evre I obez	64	36,4
Evre II obez	12	5,0
Evre III obez	7	2,9

Katılımcıların %17,6'sı (n=42) tanı konmuş herhangi bir hastalığının olmadığını, %82,4'ü (n=197) en az 1 tane kronik hastalığı olduğunu beyan etmişlerdir. Kronik hastalığı olanların hastalık tanımlarının dağılımı Tablo 4.13'te özetlenmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı.

	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon	127	53,1
Diyabet	63	26,4
Kalp Hastalığı	52	21,8
Osteoartrit	47	19,7
Mide Hastalığı	35	14,6
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	18	7,5
Depresyon	15	6,3
Tiroid Hastalığı	11	4,6
Benign Prostat Hipertrofisi	9	3,8
Böbrek Hastalığı	8	3,3
Kanser	8	3,3
Anemi	5	2,1
Serebrovasküler Hastalık	5	2,1
Osteoporoz	3	1,3
Hiperlipidemi	3	1,3
Diğer*	14	5,9

*Diğer: Atrial fibrilasyon, Behçet hastalığı, servikal herni, brusella, fibromiyalji, panik bozukluk, psoriasis, romatoid artrit, lumbar herni, retinit, tendinit, tremor, ülseratif kolit, varis

Kronik hastalık sayısına bakıldığında, katılımcıların %29,7'sinin (n=71) bir hastalığının olduğu, %24,7'sinin (n=59) 2 hastalığının olduğu, %18'inin (n=43) 3 hastalığının olduğu, en fazla sayıda hastalığı olan 1 kişinin toplamda 7 hastalığının olduğu saptanmıştır. Genel olarak tüm katılımcılar dikkate alındığında hastalık sayısı ortancası 2 olarak saptanmıştır. Katılımcıların hastalık sayısı ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri Tablo 4.14'te sunulmuştur.

Tablo 4.14. Katılımcıların hastalık sayısı ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=239).

	Ortalama±Standart Sapma	Ortanca (1.-3.çeyrek)	En küçük-En büyük
Hastalık sayısı	1,8±1,3	2 (1-3)	0-7

Katılımcılar multimorbidite açısından değerlendirildiğinde, en fazla 1 hastalığı olan kişilerin sayısı 113 (%47,3), 2 ve daha fazla sayıda hastalığı olan kişilerin sayısı ise 126 (%52,7) olarak saptanmıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Multimorbidite açısından katılımcıların dağılımı (n=239).

Hastalık sayısı	Sayı	Yüzde
≤1	113	47,3
≥2	126	52,7
Toplam	239	100,0

Katılımcılara sürekli olarak kullandıkları bir ilacın olup olmadığı sorulmuş, buna göre katılımcıların %82,8'inin (n=198) sürekli olarak en az 1 ilaç kullandığı, %17,2'sinin (n=41) ise hiç ilaç kullanmadığı saptanmıştır. Günlük olarak kullanılan ilaç sayısı ortancası ise 2 olarak saptanmıştır (Tablo 4.16). Günlük kullanılan ilaç sayısı dağılımı Tablo 4.17'de gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların düzenli olarak kullandıkları ilaç sayısı ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=239).

	Ortalama±Standart Sapma	Ortanca (1.-3. çeyrek)	En küçük-En büyük
İlaç sayısı	2,1±1,6	2 (1-3)	0-7

Tablo 4.17. Katılımcıların düzenli olarak kullandıkları ilaç sayısı dağılımı (n=198).

İlaç sayıları	Sayı	Yüzde
1	49	24,7
2	67	33,8
3	44	22,2
4	21	10,6
5	4	2,0
6	9	4,5
7	4	2,0

Katılımcıların ilaç kullanım durumları polifarmasi açısından değerlendirildiğinde 149 (%62,3) kişinin günlük olarak, 2 ve daha fazla ilaç kullandığı, 38 (%15,9) kişinin ise 4 ve daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Polifarmasi açısından katılımcıların ilaç kullanım durumlarının dağılımı (n=239).

Günlük kullanılan ilaç sayısı	Sayı	Yüzde
İlaç sayısı		
≤1	90	37,6
≥2	149	62,3
İlaç sayısı		
<4	201	84,1
≥4	38	15,9

Katılımcıların mevcut duygu durumlarını daha iyi anlayabilmek için 1’den (en düşük derece=“çok mutsuzum”) 10’a (en yüksek derece=“çok mutluyum”) kadar derecelendirilmiş bir ölçek üzerinden mutluluk düzeyleri için bir puan vermeleri istenmiştir. Mutluluk düzeyi ortancası 6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların kendi mutluluk düzeylerine verdikleri puanların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.19’da sunulmuştur.

Tablo 4.19. Katılımcıların mutluluk düzeyi puan ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=239).

	Ortalama±Standart sapma	Ortanca (1.-3. çeyrek)	En küçük-En büyük
Mutluluk düzeyi puanı	6,2±1,9	6 (5-7)	1-10

4.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizine İlişkin Bulgular

4.2.1. ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Geçerliği

A. ICECAP-O Ölçeği Dil ve Kapsam Geçerliği

Ölçeğin dil açısından kapsam geçerliği için uzman görüşlerine başvurulmuştur. Öncelikle, yöntem bölümünde de anlatıldığı üzere orjinal ICECAP-O'nun diğer dillere çevirisi için hazırlanmış olan prosedür izlenerek çeviri ve transkültürel uyumu tamamlanmıştır. Dil açısından kapsam geçerliliğinde uzman panelinden yararlanılmıştır. On kişilik bir uzman grubu taslak çeviriyi incelemiş ve değerlendirmiştir. Panel üyelerinin ölçek alanlarındaki seçenekler ile ilgili değerlendirmelerine bakıldığında, genel olarak tüm panel üyelerinin seçeneklerini uygun bulduğu alan “Bağımsızlık” alanı olmuştur. Buna karşın “Sevgi ve Arkadaşlık” alanındaki seçeneklerde 2. ve 3. seçenekler 8'er puan almıştır. Ölçek alanlarındaki seçeneklerin Türkçe çevirilerine ilişkin kapsam geçerlik oranları (KGO) ve ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır (Tablo 4.20). KGO'lara bakıldığında “Sevgi ve Arkadaşlık” alanındaki 2. ve 3. seçenekler ile “Gelecek hakkında düşünme” alanındaki 3. seçenek 0,60 puan almıştır. Diğer seçeneklerin hepsi anlamlılık değeri olan 0,62'nin üzerinde saptanmıştır. Bu üç seçenek uzman paneli tarafından tekrar incelenmiş, pilot uygulamada seçeneklerin anlaşılabilirliği ile ilgili sorun çıkmaması üzerine ve ölçek alanlarının hepsinde seçeneklerin KGO ortalamalarının 0,62'nin üzerinde olması nedeniyle söz konusu seçeneklerin olduğu haliyle kabul edilmesine karar verilmiştir. Ölçeğin KGİ değeri 0,82 olarak saptanmıştır. Bu değer 0,67'nin üzerinde olması neticesinde ölçek, dil açısından kapsam geçerliğinin mevcut olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

Tablo 4.20. ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe açısından kapsam geçerliği analizi.

Ölçek Alanları	Derecelendirme			Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)
	Uygun	Uygun olabilir ancak yetersiz	Uygun değil	
Sevgi ve Arkadaşlık				
1. seçenek	9	1	1	0,80
2. seçenek	8	1	-	0,60
3. seçenek	8	-	-	0,60
4. seçenek	9	1	-	0,80
Gelecek Hakkında Düşünme	10	-	-	1
1. seçenek	9	1	-	0,80
2. seçenek	8	1	1	0,60
3. seçenek	9	-	1	0,80
4. seçenek				
Kendinizi Değerli Hissettiren Şeyleri Yapma				
1. seçenek	9	1	-	0,80
2. seçenek	9	1	-	0,80
3. seçenek	9	1	-	0,80
4. seçenek	10	-	-	1
Haz ve Keyif				
5. seçenek	9	1	-	0,80
6. seçenek	9	1	-	0,80
7. seçenek	9	-	1	0,80
8. seçenek	9	1	-	0,80
Bağımsızlık				
1. seçenek	10	-	-	1
2. seçenek	9	1	-	0,80
3. seçenek	10	-	-	1
4. seçenek	10	-	-	1

Pilot çalışma: Kapsam geçerliği analizinden sonra, ölçek 65 yaş ve üstü 15 kişiye uygulanmıştır. Uygulamayı kabul eden ve ölçeği cevaplamaya başlayan 3 kişi ölçeği cevaplamayı bırakarak çalışmadan ayrılmıştır. 1 kişi, ayrılma nedeni olarak zamanının olmadığını, ölçeği “çok da anlamadığını” ifade etti. 2 kişi, ölçek alanlarındaki seçenekleri okumakta güçlük çektiğini belirterek çalışmadan ayrılmıştır. Toplamda 12 kişi ölçeği tamamlamıştır. Ölçek alanları ve seçenekleriyle ilgili değerlendirmeleri sorulmuş; 1 kişi “Gelecek hakkında düşünme” alanında 2. ve 3. seçeneğin benzer olduğunu, 1 kişi de “Kendini iyi hissettiren şeyleri yapma” ne “Haz ve keyif” alanlarının kendisi için aynı şeyi ifade ettiğini belirtmişlerdir. 5 kişi ölçekte sağlık problemleri ile ilgili bölümler/seçenekler olması gerektiğini ifade etmiştir. Toplamda 6 kişi ise ölçekle, ölçek seçenekleriyle ilgili herhangi bir değerlendirmede bulunmamışlardır.

B. ICECAP-O Ölçeği’nin Yapı Geçerliği

Yakınsak (Uyuşma, benzer ölçek) Geçerliği (Convergent validity)

Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için, ruhsal sağlığı ve iyilik durumunu değerlendiren Genel Sağlık Anketi ve yaşam kalitesini ölçen EQ-5D-3L, EQ-VAS Ölçekleri kullanılmıştır. Katılımcıların ICECAP-O Ölçek toplam puan ve alt boyut puanları, EQ-5D-3L toplam puan ve alt boyut puanları, EQ-VAS puan, GSA-12 Ölçek puanları Tablo 4.21’de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Katılımcıların ICECAP-O, EQ-5D-3L, EQ-VAS, GSA-12 Ölçek puanlarının ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri.

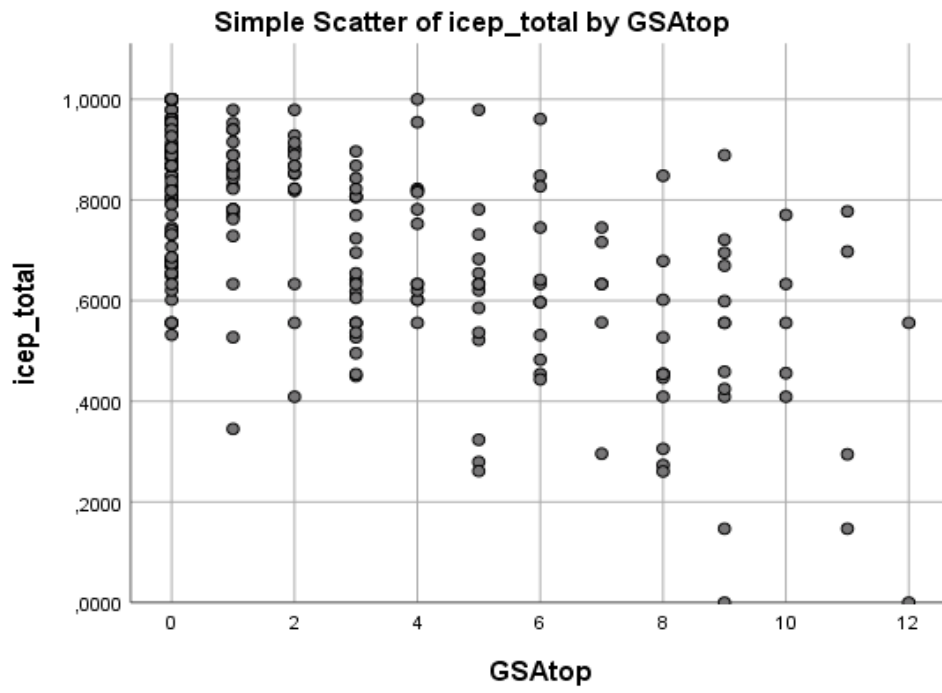
	Ortalama±Standart sapma	Ortanca (1.-3.çeyrek)	En küçük-En büyük
ICECAP-O Toplam Puan (n=239)	0,72±0,01	0,77 (0,60-0,88)	0-1
Bağlılık (Sevgi ve arkadaşlık)	2,85±0,93	3 (2-4)	1-4
Emniyet (Gelecek hakkında düşünme)	2,56±0,93	3 (2-3)	1-4
Rol/Görev (Kendini değerli hissettiren şeyleri yapma)	2,73±0,84	3 (2-3)	1-4
Keyif (Haz ve keyif)	2,53±0,81	2 (2-3)	1-4
Kontrol/Güç (Bağımsızlık)	2,81±0,84	3 (2-3)	1-4
EQ5D-3L Toplam Puan (n=237)	0,65±0,26	0,69 (0,58-0,79)	0-1
Hareket	1,59±0,49	2 (1-2)	1-2
Öz bakım	1,27±0,50	1 (1-1,5)	1-3
Olağan aktiviteler	1,51±0,55	1 (1-2)	1-3
Ağrı/rahatsızlık	1,80±0,51	2(1-2)	1-3
Anksiyete/Depresyon	1,62±0,59	2(1-2)	1-3
EQ-VAS (n=237)	61,30±18,39	60 (50-72,5)	10-100
GSA-12 (n=239)	2,9±3,3	1 (0-5)	0-12

Yakınsak geçerliği analizine göre, ICECAP-O Ölçeği ile, GSA-12 arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı, ICECAP-O Ölçeği ile EQ-5D-3L ve EQ-VAS arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı korelasyon saptanmıştır($p_1, p_2, p_3 < 0,001$). GSA puanı düşüklüğü iyi mental sağlık, EQ-5D-3L ve EQ-VAS puanları artışı iyi yaşam kalitesi ifade etmektedir, ICECAP-O puan yüksekliği iyi kapasiteyi ifade etmektedir. Bu doğrultudakorelasyonlara göre GSA-12 den alınan puan arttıkça bir başka deyişle mental iyilik azaldıkça, ICECAP-O'dan alınan puan, iyi olma kapasitesi, düşmekte, EQ-5D-3L ve EQ-VAS'tan alınan puan arttıkça bir başka deyişle yaşam kalitesi arttıkça, ICECAP-O'dan alınan puan- iyi olma kapasitesi de artmaktadır (Tablo 4.22) (Şekil 4.2, Şekil 4.3, Şekil 4.4).

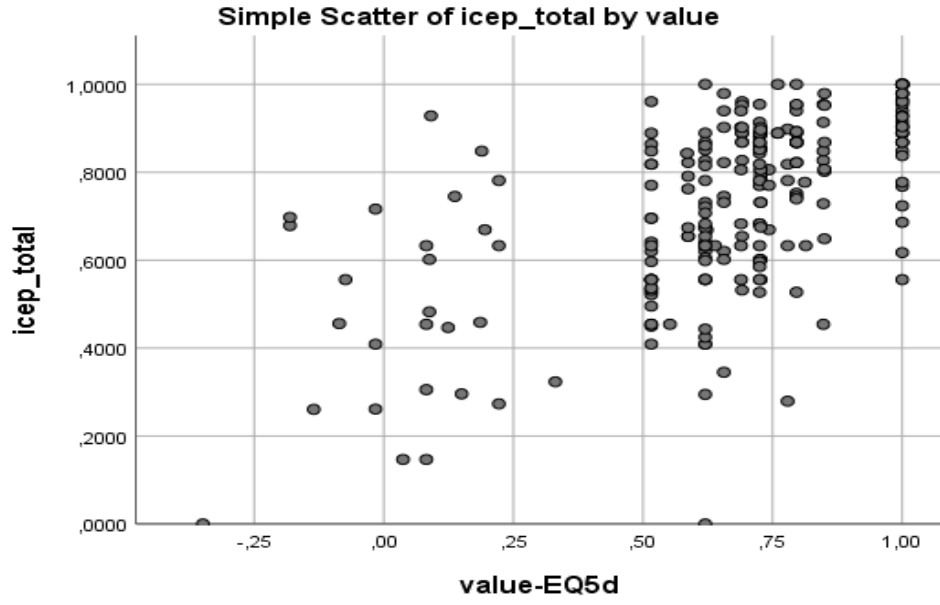
Tablo 4.22. ICECAP-O Ölçeği'nin GSA-12, EQ-5D-3L ve EQ-VAS Ölçekleriyle yakınsak geçerliliği.

	GSA-12	EQ-5D-3L	EQ-VAS
Pearson korelasyon	r	r	r
ICECAP-O	-0,626	0,593	0,532
p*	<0,001	<0,001	<0,001

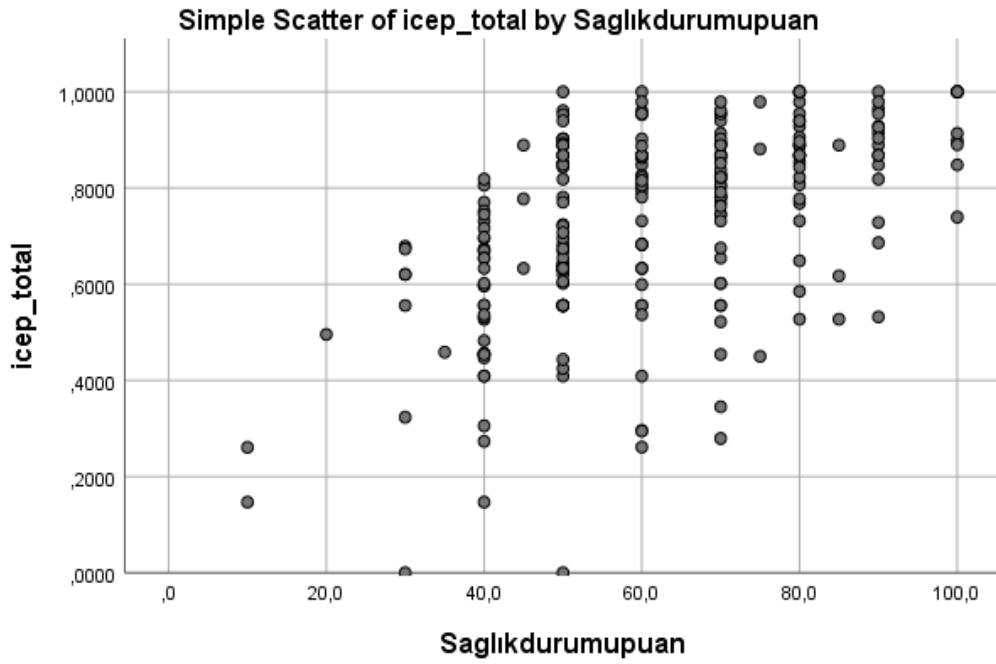
*Pearson korelasyon analizi



Şekil 4.2. ICECAP-O toplam puanı ile GSA-12 ölçek puanı arasındaki ilişkinin saçılım grafiği ile gösterilmesi.



Şekil 4.3. ICECAP-O toplam puanı ile EQ-5D-3L ölçeği tanımlayıcı bölüm puanı arasındaki ilişkinin saçılım grafiği ile gösterilmesi.



Şekil 4.4. ICECAP-O toplam puanı ile EQ-VAS ölçek puanı arasındaki ilişkinin saçılım grafiği ile gösterilmesi.

Ayırt Edici Geçerlik (Discriminative validity)

Ölçeğin ayırt edici geçerliliği açısından sosyodemografik ve sağlık öyküsü ile ilgili değişkenler ile ICECAP-O Ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Sosyodemografik özellikler açısından; yaş kategorilerinde daha genç olanların, evli olanların, eğitim durumu yüksek olanların, emekli olanların, gelir durumu daha iyi olanların, düzenli egzersiz yapanların, kronik hastalığı olmayanların, multimorbiditesi olmayanların düzenli olarak ilaç kullanmayanların ve mutluluk düzeyi daha yüksek olanların ICECAP-O Ölçek puanlarının diğerlerine göre yüksek olduğu ve bu farklılıkların anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.23).

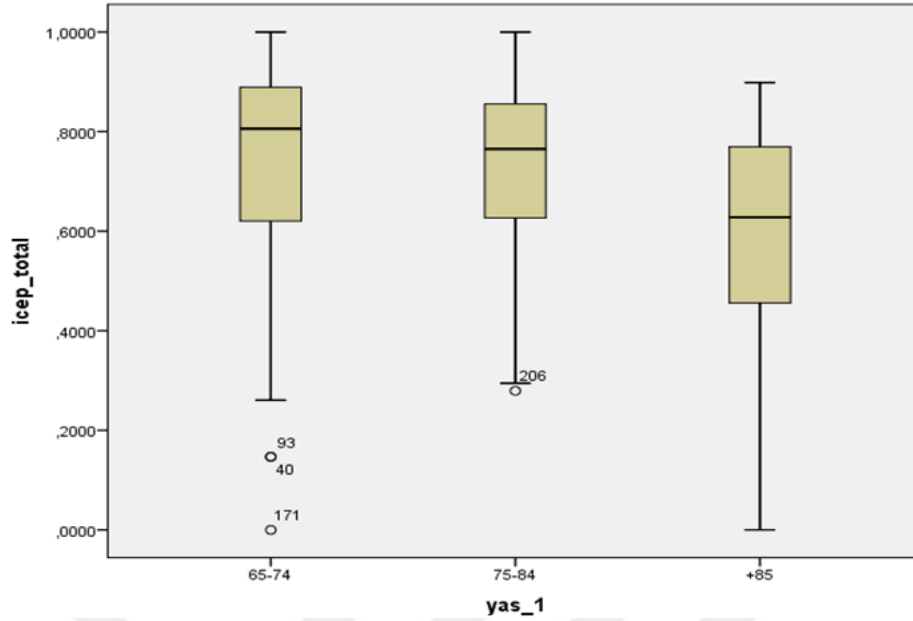
Yaş grupları açısından katılımcılar 2'li ve 3'lü gruplara ayrılarak ICECAP-O Ölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir. Daha yaşlı olan katılımcıların ICECAP-O Ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Şekil 4.5). 75 yaş ve üzerindeki kişilerin ölçek puanları, 65-74 yaş aralığı arasında olanlara göre, 85 yaş ve üzerindeki kişilerin ölçek puanları, diğerlerine göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,046$; $p=0,023$). Kişinin yalnız veya ailesiyle birlikte yaşama durumuna göre ICECAP-O Ölçek puanları incelendiğinde, kişinin yalnız veya aileden biri veya birileriyle yaşamasının ICECAP-O Ölçek puanıyla bir ilişkisi saptanmazken ($p=0,512$), eşle yaşama ve diğer olarak 2 grupta incelendiğinde, eşiyile (çocuk var veya yok) birlikte yaşayanların diğerlerine göre ICECAP-O Ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,018$). Katılımcıların çalışma, emeklilik ve gelir durumları ile ICECAP-O Ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde, halen çalışma durumunun ICECAP-O Ölçek puanıyla ilişkisi olmadığı ($p=0,230$) bunun yanında emekli olanlar ile olmayanlar arasında ICECAP-O Ölçek puanları açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Emekli olanların ICECAP-O Ölçek puanları diğerlerine göre daha yüksektir ($p=0,036$). Gelir durumu açısından; gelir durumunu “kötü”, “orta”, “iyi” olarak değerlendirenler arasında ve gelir durumunu “50 ve altı” ve “50 üstü” puan olarak değerlendirenler arasında ICECAP-O Ölçek puanlarının istatistiksel anlamlı olarak farklı olduğu saptanmıştır. Gelir durumunu “iyi” olarak tanımlayanların ve puanlamada 50'nin üzerinde bir değer verenlerin ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p_1, p_2 < 0,001$). ICECAP-O

Ölçeği'nin sosyodemografik özellikler açısından ayırt edici geçerlik analizi Tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 4.23. ICECAP-O Ölçeği sosyodemografik özellikler açısından ayırt edici geçerlilik analizi (n=239).

Değişken	Kategori	ICECAP-O Puan			p değeri
		Ortalama ± Standart sapma	Ortanca (1.-3.çeyrek)	En küçük- En büyük	
Cinsiyet	Kadın (n=129)	0,71±0,20	0,74(0,57-0,87)	0-1	0,33*
	Erkek (n=110)	0,74±0,19	0,78(0,63-0,88)	0-1	
Yaş-1	65-74 (n=181)	0,74±0,19	0,80(0,61-0,88)	0-1	0,046*
	+75(n=58)	0,68±0,20	0,70(0,58-0,84)	0-1	
Yaş-2	65-74 (n=181)	0,74±0,01	0,80(0,62-0,89)	0-1	0,023**
	75-84(n=44)	0,72±0,02	0,76(0,62-0,86)	0,27-1	
	+85 (n=14)	0,57±0,06	0,62(0,42-0,77)	0-0,89	
Medeni durum	Evli (n=168)	0,75±0,18	0,80(0,63-0,88)	0,14-1	0,017*
	Evli değil (n=71)	0,67±0,22	0,67(0,55-0,86)	0-1	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız (n=38)	0,70±0,22	0,72(0,59-0,86)	0-1	0,512*
	Ailesiyle(n=199)	0,73±0,19	0,78(0,61-0,88)	0-1	
	Eş(+çocuklar) (n=195)	0,75±0,18	0,80(0,63-0,88)	0,14-1	0,018*
	Diğer (44)	0,68±0,22	0,68(0,55-0,86)	0-1	
Eğitim durumu	Düşük(n=157)	0,70±0,21	0,73(0,55-0,86)	0-1	0,013**
	Orta(n=29)	0,74±0,17	0,78(0,61-0,89)	0,40-1	
	Yüksek (n=53)	0,80±0,12	0,82(0,70-0,89)	0,45-1	
Emeklilik durumu	Emekli (n=142)	0,75±0,18	0,80(0,63-0,88)	0-1	0,036*
	Emekli değil (n=97)	0,69±0,20	0,70(0,55-0,86)	0-1	
Çalışma durumu	Çalışıyor	0,79±0,15	0,82(0,64-0,93)	0,52-1	0,230*
	Çalışmıyor	0,72±0,20	0,77(0,60-0,88)	0-1	
Gelir durumu-1	Kötü (n=20)	0,52±0,27	0,54(0,27-0,71)	0-1	< 0,001**
	Orta(n=154)	0,71±0,18	0,74(0,59-0,86)	0-1	
	İyi (n=65)	0,83±0,12	0,86(0,73-0,93)	0,52-1	
Gelir durumu-2 (puan)	≤50(n=143)	0,68±0,21	0,68(0,55-0,86)	0-1	< 0,001*
	>50(n=96)	0,79±0,14	0,83(0,68-0,89)	0,40-1	

*Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis



Şekil 4.5. Yaş gruplarına göre ICECAP-O puanlarının boxplot grafikte gösterilmesi.

Kronik Hastalık ve ilaç kullanım durumu açısından ölçeğin ayırt edici geçerlik analizi yapılmıştır. Buna göre, herhangi bir kronik hastalığı bulunmayanlar ile en az 1 tane kronik hastalığı bulunanların ICECAP-O Ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı olarak farklılık saptanmıştır ($p=0,003$). Kronik hastalığı bulunmayanların ICECAP-O Ölçek puanları daha yüksektir. Multimorbidite açısından incelendiğinde; 2 ve daha fazla sayıda hastalığı olan kişilerin ICECAP-O toplam puanlarının, en fazla bir hastalığı olan kişilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Hastalık sayısı 3 kategoride incelendiğinde hiç hastalığı olmayanların ICECAP-O Ölçek puanları, 2 ve daha fazla hastalığı olanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,02$) (Tablo 4.24).

Katılımcıların ilaç kullanma durumlarıyla ICECAP-O Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; ilaç kullanan ve kullanmayanlar arasında ICECAP-O Ölçek puanları açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,026$). Düzenli olarak en az 1 ilaç kullananların, hiç ilaç kullanmayanlara göre ICECAP-O Ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. Polifarmasi açısından incelendiğinde; 2 ve daha fazla ilaç kullananların, daha az ilaç kullananlara göre; 4 ve daha fazla ilaç kullananların daha az kullananlara göre ICECAP-O Ölçek puanları daha düşüktür. Farklılık istatistiksel

olarak anlamlı saptanmamıştır ($p_1=0,80$; $p_2=0,395$). Polifarmasi kategorizasyonu dışında, katılımcıların kullandıkları ilaç sayıları ile ICECAP-O Ölçek puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. ICECAP-O Ölçeği'nin kronik hastalık ve ilaç kullanım durumu değişkenleri açısından ayırt edici geçerlik analizi.

Değişken	Kategori	ICECAP-O Puan			p değeri
		Ortalama± Standart sapma	Ortanca (1.-3.çeyrek)	En küçük-En büyük	
Kronik hastalık	Var(n=197) Yok (n=42)	0,71±0,20 0,81±0,14	0,74(0,59-0,86) 0,86(0,68-0,90)	0-1 0,53-1	0,003*
Multimorbidite (Hastalık sayısı)	≤1 (n=113) ≥2 (n=126)	0,77±0,16 0,68±0,21	0,84(0,65-0,89) 0,71(0,55-0,85)	0,26-1 0-1	<0,001*
Hastalık sayısı	=0 (n=42) =1 (n=71) ≥2 (n=121)	0,81±0,14 0,75±0,18 0,68±0,21	0,86(0,68-0,90) 0,80(0,63-0,89) 0,71(0,55-0,85)	0,53-1 0,26-1 0-1	0,001**
İlaç kullanımı	Var (n=198) Yok (n=41)	0,71±0,20 0,79±0,16	0,74(0,59-0,88) 0,84(0,67-0,89)	0-1 0,14-1	0,026*
Polifarmasi (İlaç sayısı)	≤1 (n=90) ≥2 (n=149)	0,76±0,17 0,70±0,20	0,82(0,63-0,88) 0,76(0,59-0,88)	0,14-1 0-1	0,80*
	<4 (n=201) ≥4 (n=38)	0,73±0,19 0,70±0,20	0,77(0,62-0,88) 0,77(0,55-0,86)	0-1 0,14-1	0,395*
İlaç sayısı	=0 (n=41) =1 (n=49) ≥2 (n=149)	0,79±0,16 0,73±0,18 0,70±0,21	0,84(0,67-0,89) 0,72(0,61-0,88) 0,75(0,59-0,88)	0,14-1 0-1 0-1	0,071
	=0 (n=41) 1-3 (n=160) ≥4 (n=38)	0,79±0,16 0,71±0,20 0,70±0,20	0,84(0,67-0,89) 0,73(0,60-0,88) 0,76(0,55-0,84)	0,14-1 0-1 0,14-1	0,58

. *Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis

Katılımcıların sigara içme, düzenli fizik aktivite yapma ve BKİ değerleri açısından ICECAP-O Ölçek puanları incelenmiştir. Halen sigara içmekte olanların diğerlerine göre ölçek puanları daha düşük saptanmakla beraber, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,268$). Düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığını beyan eden katılımcıların ölçek puanları, anlamlı olarak, yapmayanlardan daha yüksek

saptanmıştır ($p=0,002$). Fiziksel aktivite sıklığına göre kategorize edildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,287$). BKİ değerinin normal aralıkta olup olmamasının da ölçek puanları açısından farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p=0,475$) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. ICECAP-O Ölçeği'nin sigara içme, fiziksel aktivite yapma durumu ve BKİ kategorileri açısından ayırt edici geçerlik analizi.

	ICECAP-O Puan			p
	Ortalama± Standart sapma	Ortanca (1.-3. çeyrekler)	En küçük-En büyük	
Sigara içme durumu				
Hiç içmemiş	0,73±0,20	0,80(0,59-0,88)	0-1	0,268*
İçiyormuş, bırakmış	0,74±0,18	0,78(0,63-0,88)	0-1	
Halen içiyor	0,67±0,16	0,65(0,59-0,77)	0,27-0,97	
Fiziksel aktivite durumu				
Yapıyor (n=96)	0,77±0,18	0,82(0,63-0,90)	0,27-1	0,002**
Yapmıyor (n=143)	0,69±0,20	0,72(0,59-0,86)	0-1	
Fiziksel Aktivite Sıklığı n=(96)				
Her gün en az 30 dakika	0,79±0,20	0,86(0,68-0,93)	0,27-1	0,287*
Haftada 5-6 gün en az 30 dakika	0,81±0,17	0,90(0,68-0,95)	0,40-1	
Haftada 3-4 gün en az 30 dakika	0,77±0,14	0,81(0,63-0,88)	0,44-0,99	
Daha az	0,73±0,18	0,78(0,55-0,90)	0,40-0,95	
BKİ (n=237)				
Normal	0,71±0,20	0,77(0,59-0,86)	0-0,99	0,475**
Hafif kilolu /Obez	0,73±0,19	0,77(0,61-0,88)	0-1	

*Kruskal-Wallis, **Mann Whitney U

Katılımcıların mutluluk durumlarını, 1-10 arası puanlamaları istenmiştir. Ortanca değerine göre 2 gruba ayrılarak ICECAP-O Ölçek puanları karşılaştırıldığında, mutluluk düzeyi 6 ve üzerinde olan grubun ölçek puanlarının anlamlı olarak farklı olduğu saptandı, mutluluk puanı yüksek olan grupta kapasite puanı daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. ICECAP-O Ölçeği'nin mutluluk düzeyi puanı açısından ayırt edici geçerlik analizi.

	Kategori	Ortalama± Standart sapma	Ortanca (1.-3. çeyrekler)	En küçük- En büyük	p
Mutluluk düzeyi (Puan)	<6 (n=94) ≥6 (n=145)	0,61±0,20 0,80±0,15	0,63(0,47-0,75) 0,85(0,72-0,90)	0-1 0,27-1	<0,001*

*Mann Whitney U

4.2.2. ICECAP-O Ölçek Güvenirliği

Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde test-tekrar test, gözlem içi güvenilirlik ve iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha) hesaplama yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,813 olarak saptanmış ve güvenirliliği “yüksek” olarak kabul edilmiştir (56).

Test-Tekrar Test

Örneklem grubunda olup tekrar test uygulamasını kabul eden 40 kişiye (%16,7) Türkçe'ye çevrilen ve adaptasyonu yapılan ICECAP-O Ölçeği 14 gün arayla ikinci kez uygulanmış ve güvenilirliği test edilmiştir. İlk uygulamada ICECAP-O Ölçek toplam puan ortalaması 0,74±0,22; ortancası 0,81(0,65-0,89) tekrar testte ölçek puan ortalaması 0,74±0,21; ortancası 0,78(0,68-0,90) olarak hesaplanmıştır. İki uygulama arasında ICECAP-O Ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,430). Test-tekrar test uygulanan gruba ait tanımlayıcı bulgular Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'de sunulmuştur. Test-Tekrar test uygulanan grupla tekrar teste katılmayan grup arasında sosyodemografik özellikler açısından fark saptanmamıştır (EK-12).

Tablo 4.27. Test-Tekrar Test uygulanan gruba ait sosyodemografik özelliklerin dağılımı (n=40).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	21	52,5
Erkek	19	47,5
Medeni Durum		
Evli	28	70,0
Evli değil*	12	30,0
Kiminle yaşıyor		
Yalnız	5	12,5
Eşiyle birlikte	18	45,0
Çocuk(lar)la birlikte	6	15,0
Eş ve çocuk(lar)la birlikte	10	25,0
Diğer	1	2,5
Eğitim durumu		
Okur yazar	5	12,5
İlkokul mezunu	14	35,0
Ortaokul mezunu	4	10,0
Lise mezunu	3	7,5
Üniversite/Yüksekokul mezunu	14	35,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	3	7,5
Çalışmıyor	37	92,5
Emeklilik durumu		
Emekli	27	67,5
Emekli değil	13	32,5
Gelir durumu		
Çok kötü	-	-
Kötü	1	2,5
Orta	24	60,0
İyi	13	32,5
Çok iyi	2	5,0
Toplam	40	100,0

*Evli değil: Hiç evlenmemiş, dul (eşi ölmüş) ve boşanmış kişileri kapsamaktadır.

Tablo 4.28. Test-Tekrar Test uygulanan grubun yaş ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri (n=40).

Yaş	Ortalama±Standart sapma	Ortanca (1.-3. çeyrek)	En Küçük-En Büyük
Kadın	71,71±7,89	69 (66,5-74)	65-97
Erkek	71,11±5,59	71 (66-73)	65-84
Toplam	71,43±6,82	69,50 (66,25-73)	65-97

Test tekrar teste katılan ve katılmayan grup arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,812$).

Tablo 4.29. Test-Tekrar Test uygulanan grubun gelir durumu puan ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri ($n=40$).

	Ortalama±Standart sapma	Ortanca (1.-3. çeyrek)	En Küçük-En Büyük
Ailesinin Gelir Durumu (ölçek sayısal değer;0-100 arası)	54,88±12,58	50(50-60)	20-90

Test-tekrar test uygulaması neticesinde **sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass correlation coefficient (ICC); R_1)** hesaplanmış ve 0,799 olarak bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.7). (Two way mixed effects, average measure ve absolute agreement). Bu değer “orta/kabul edilebilir” olarak nitelendirilmiştir (83).

Tablo 4.30. ICECAP-O Ölçeği Türkçe versiyonunun güvenilirlik analizi-1.

	Sınıf içi korelasyon katsayısı	%95 Güven Aralığı		F Testi	
		Alt	Üst	Değer	p
Ortalama Ölçümler	0,799	0,619	0,894	4,891	<0,001

Uyum Oranı ve Kappa Katsayısı

ICECAP-O Ölçeği’nin alt boyutları için katılımcıların 1. ve 2. uygulamada verdikleri yanıtların uyumunu belirlemek için ağırlıklandırılmış Kappa katsayıları hesaplanmıştır. Tüm alt boyutlarda uyum yüzdeleri yüksek olarak bulunmuştur. Ağırlıklandırılmış Kappa katsayıları incelendiğinde, en düşük uyumun “Sevgi ve Arkadaşlık” alt boyutunda olduğu görülmüştür. ($k=0,39$). Bu değer “zayıf veya düşük” uyum şeklinde değerlendirilmiştir. En yüksek uyum “Bağımsızlık” alt boyutundadır ($k=0,66$), “iyi düzeyde” anlamlı uyumu göstermektedir. Diğer alt boyutlardaki uyum “orta düzeyde” anlamlı uyum olarak değerlendirilmektedir (89) (Tablo 4.8).

Tablo 4.31. ICECAP-O Ölçeği alt boyutları uyum oranları ve Kappa katsayıları (Güvenilirlik analizi-2).

ICECAP-O alt boyutları	Uyum (%)	Beklenen uyum (%)	Ağırlıklandırılmış Kappa	p
Sevgi ve arkadaşlık	88,89	81,60	0,39	0,006
Gelecek hakkında düşünme	88,06	79,44	0,41	0,006
Kendini değerli hissettiren şeyleri yapma	91,39	83,69	0,47	0,0014
Haz ve keyif	93,33	85,88	0,52	<0,001
Bağımsızlık	94,72	84,42	0,66	<0,001

5. TARTIŞMA

5.1. ICECAP-O Ölçeği'nin Geçerlik-Güvenilirlik Analizi ile İlgili Tartışma

ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliğinin araştırıldığı bu çalışmada ölçekten elde edilen puanların iç tutarlılık değeri 0,81, sınıfiçi korelasyon katsayısı 0,80 olarak saptanmış ve bu değerlerle güvenilirlik açısından orta-iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Geçerlik analizinde yapı geçerliği kapsamında incelenen yakınsak geçerlik analizinde, GSA-12 arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı, ICECAP-O Ölçeği ile EQ-5D-3L ve EQ-VAS arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı korelasyon saptanmıştır.

ICECAP-O Ölçeği'nin standart çeviri prosedüründeki Türkçe'ye çevirisinin yapıldığı aşama tamamlandıktan sonra, İngilizce'ye geri çevirisi yapılmadan önce oluşturulan taslak çeviri, kültürel uyum açısından uzmanlarca değerlendirilmiş ve dil açısından kapsam geçerliği analizi yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisinin kapsam geçerlik indeksi 0,82 olarak saptanmış ve dil açısından kapsam geçerliğini sağladığı görülmüştür. Ancak bunun yanında ölçeğin 1. alanı olan “sevgi ve arkadaşlık” alanında iki seçenekte ve 2. alan “gelecek hakkında düşünme” alanında bir seçenekte kapsam geçerlik oranlarının sınır değerinin hemen altında olduğu tespit edilmiştir. Yapılan pilot uygulamada ölçek alanları ve seçenekleriyle ilgili büyük bir problemle karşılaşmadığı için, uzman panelince ölçeğin genel cevaplanma ve pilot uygulama sonuçlarına bakılarak seçenekler mevcut olduğu panelince ilgili seçenekler değiştirilmemiştir. Pilot uygulamada, ölçek alanlarının değerlendirilmesinde 1 kişi “Gelecek hakkında düşünme” alanında 2. ve 3. seçeneğin benzer olduğunu, 1 kişi de “Kendini iyi hissettiren şeyleri yapma” ve “Haz ve keyif” alanlarının kendisi için aynı şeyi ifade ettiğini belirtmişlerdir. Bu durum, ölçek çevirisi nedenli olabileceği gibi, başka bir kültürde kapasitenin tanımlandığı alanların, katılımcıların kendi kültüründe karşılık bulmamasından kaynaklanıyor olabilir. Ölçek adaptasyon çalışmalarında çeviriden kaynaklanabilecek sorunlarla karşılaşabilmektedir. Benzer şekilde ölçeğin İsveç çevirisinde “haz ve keyif”in karşılığının cinselliği çağırıştırabileceği belirtilmiştir. Bunun yanında aynı çalışmada katılımcılar tarafından en çok tartışılan ve araştırmacılar tarafından uyumun en az olduğu alan “bağımsızlık” alanı olarak bildirilmiştir (108). Türkçe versiyonda “bağımsızlık” alanı ile ilgili bir sorun

yaşanmazken sevgi ve arkadaşlık alanının güvenilirlikte düşük uyumu olmasının çeviri, zamansal değişim ya da anlaşılabilirlik açısından nedenleri araştırılmalıdır. Hem dil hem kültür farklılıkları nedeniyle ölçek uyarlama çalışmalarında bu tür farklı sorunların yaşanması beklendiği bildirilmektedir (108). Bu çalışmada pilot çalışmaya katılarak ölçeği dolduran 12 kişinin ancak yarısı herhangi bir değerlendirmede bulunduğu için, katılımcıların ölçek seçenekleri ile ilgili değerlendirmeleri konusunda net bir fikir sahibi olmak mümkün değildir. Bu açıdan bakıldığında pilot uygulamanın daha kapsamlı ve yapılandırılmış şekilde yürütülmesi daha uygun bir yaklaşım olarak değerlendirilmelidir. Özellikle daha önce araştırılmamış, nispeten yeni bir kavramı araştırmak için geliştirilen ölçeklerin kapsam ve görünüş geçerliğinin değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışmada görünüş geçerliği incelenmemiş ancak pilot çalışma yapılarak katılımcıların ölçek seçenekleriyle ilgili sorun yaşadıkları noktaları tespit etmek amaçlanmıştır. Yukarıda bahsedildiği gibi tüm katılımcılar değerlendirme yapmamışlardır. Bunun sonucunda yeterli geribildirim alınamamıştır. Bu durum transkültürel uyum açısından bir kısıtlılık olarak kabul edilebilir. Bunun yanında ölçek çeviri taslağının oluşturulması ve dil açısından kapsam geçerliğinin analiz edilmesi aşamasında geniş bir uzman panelinin yer alması ölçeğin anlaşılabilir olarak hazırlanmasına büyük katkıda bulunmuştur. Pilot uygulama yapılması planlanan 15 kişiden 3 kişi, çeşitli sebeplerden çalışmayı yarıda bırakarak ayrılmış olsalar da, 12 kişi ölçeğin tamamını doldurabilmişlerdir. Bu durum ölçeğin genel olarak anlaşılabilir ve cevaplanabilir olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada çalışmayı yarıda bırakan iki kişi ölçeği, görme problemleri nedeniyle, okumakta üçlük çektiklerini belirtmişlerdir. Aynı şekilde ölçeğin İsveç versiyonunun geçerlik çalışmasında, bu durum katılımcılar tarafından eleştirilen noktalardan biri olmuş, ölçekteki yazı karakterinin daha büyük olması gerektiğini belirtmişlerdir (108).

ICECAP-O Ölçeğinin yapı geçerliği açısından yakınsak (convergent) ve ayırt edici (discriminative) geçerlik analizleri yapılmıştır. Konuyla ilgili yapılan hemen tüm geçerlik analizlerinde, bu çalışmaya benzer olarak, ICECAP-O Ölçeğinin yaşam kalitesi, iyilik durumu ölçekleri, sağlık durumu parametreleri ve bazı sosyodemografik özelliklere göre yakınsak ve ayırt edici geçerliğinin test edildiği görülmektedir (51-54,66). Bu çalışmada yakınsak geçerliğinde ruhsal sağlığı ve iyilik durumunu değerlendiren Genel Sağlık Anketi 12, yaşam kalitesini ölçen EQ-5D-3L ve EQ-VAS

Ölçeği kullanılmıştır. Yapılan analizlerde ICECAP-O Ölçeği ile, GSA-12 arasında negatif yönde anlamlı, EQ-5D-3L ve EQ-VAS arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Analizlerde saptanan korelasyon katsayıları orta düzeyde geçerli olarak yorumlanmaktadır (83). Literatürde ICECAP-O Ölçeği ile GSA ilişkisini değerlendiren bir araştırma bulunmamaktadır. Buna karşın EuroQoL Ölçeklerinin kullanıldığı çok sayıda araştırma mevcuttur. Genel olarak bu araştırmalarda EuroQoL ölçekleriyle ICECAP-O Ölçeği arasında orta-güçlü düzeyde pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (51-54, 66). Aralarında Almanya, İtalya, Hollanda, İngiltere gibi ülkelerin bulunduğu 8 Avrupa ülkesini kapsayan bir validasyon araştırmasında, bu araştırmadan farklı olarak EuroQoL ölçeklerinden EQ-5D-5L versiyonu kullanılmış ve İsveç hariç bu ülkelerin hepsinde ICECAP-O Ölçeği ile anlamlı korelasyon bulunduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada, EQ-VAS ölçeği İsveç dahil tüm ülkelerde ICECAP-O Ölçeği ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (52).

Bu araştırmada yakınsak açıdan kısıtlılık olarak nitelendirilebilecek noktalardan birisi GSA 12'nin Türkçe'de yaşlı popülasyonda geçerlik ve güvenilirliğinin gösterilmemiş olmasıdır. Buna karşın sadece yaşlı bireylerde ve yaşlıları içeren örneklemelerde yapılan çalışmalarda benzer olarak daha yaşlı bireylerin GSA puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (42, 44, 47). Bununla beraber kronik hastalığı olanlarda da GSA 12 puanlarının yüksek olduğu bildiren çalışmalar vardır (41, 42). Bu çalışma, GSA'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında olduğu gibi birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde yapılmıştır. Yaş faktörü dikkate alınması gereken bir kısıtlılıktır ancak GSA'nin psikotik olmayan minor psikiyatrik hastalıklar için bir tarama aracı olarak kurgulanmış olması ve Türkçe geçerlik çalışmasında anksiyete/depresyon ve sosyal disfonksiyon olarak 2 faktörlü yapısının ortaya konulması, GSA 12'nin bu çalışmada tercih edilmesinin önemli bir nedenidir (33). Anksiyete, depresyon ve sosyal disfonksiyon yaşlılarda mutlaka farkedilmesi gereken durumlardandır. Bu durumların tek bir araçla araştırılması da klinik açıdan pratik bir yaklaşımdır. Ayrıca yaşlı bireylerin yoğun sorular içeren veya çok sayıdaki ölçeği cevaplamalarının zor olacağı da düşünülmelidir. Bu nedenle, içinde barındırdığı pek çok özelliğin yanında kısa ve kullanımı kolay olan GSA 12, ICECAP-O ölçeği'nin yapı geçerliği analizinde kullanılmıştır. Sonuçta ICECAP-O Ölçeğinin ruhsal iyilik durumunu ölçmede geçerli bir araç olabileceği yönünde

değerlendirilmiştir. Yakınsak geçerliğinde kullanılan diğer bir ölçek olan ve Genel veya Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği olarak adlandırılan EQ-5D-3L'in Türk toplumundaki sadece yaşlı bireyleri kapsayan geçerlik çalışması mevcut değildir. Ölçeğin Eser ve ark. tarafından yapılan geçerlik çalışması 25 yaş üzerindeki kişilerde yapılmıştır. Söz konusu çalışma toplum tabanlı planlanmıştır ve örneklem 65 yaş ve üstündekileri de içermektedir (64). EQ-5D-3L'in Türkiye'de yapılmış diğer geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları incelendiğinde ölçek, akciğer kanserli hastalarda (65), akut koroner sendromlu hastalarda (109), yeterli oranda geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu çalışmalardaki katılımcıların yaş ortalaması 61 ve 63 olarak saptanmıştır. Geçerlik çalışmalarının çok genç yaşlardaki katılımcılardan oluşmaması nedeniyle bu araştırmada da EQ-5D-3L'in Türkçe versiyonu kullanılmıştır.

Ölçeğin ayırt edici geçerliliği açısından sosyodemografik özellikler ve sağlık öyküsü ile ilgili değişkenlerin ICECAP-O Ölçek puanlarında anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığı incelenmiştir. Buna göre; 65-74 yaş arasında olanların, evli olanların, eğitim durumu yüksek olanların, emekli olanların, gelir durumu daha iyi olanların, düzenli egzersiz yapanların, kronik hastalığı olmayanların, multimorbiditesi olmayanların, düzenli olarak ilaç kullanmayanların ve mutluluk düzeyi daha yüksek olanların ICECAP-O Ölçek puanlarının diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Geçerlik analizi kapsamında, Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ağırlıklı olarak subjektif faktörler rol oynadığından, ICECAP-O Ölçeği'nin geçerliğini test edecek gold standart bir ölçüt bulunmadığından ölçüt geçerliği incelenmemiştir (65). Bu araştırmada yapı geçerliği kapsamında faktör analizi yapılmamıştır. Orijinal ölçeğin geliştirilmesinde kalitatif çalışmalarla kapasite kavramı ve içerdiği özellikler belirlenerek boyutlar oluşturulmuş, yapı geçerliği test edilmiş ve kendine özgü bir puanlama sistemiyle ölçek kullanıma sunulmuştur. Bunun yanında orijinal ölçek geliştiriciler, ICECAP-O ölçeğinin kullanım iznini, tanımlanmış olan boyutların değiştirilmemesi-seviyeleri ve puanlaması dahil- koşuluyla vermektedirler (13). Literatüre bakıldığında ICECAP-O nun farklı dillerdeki çevirilerinin geçerlik çalışmalarda doğrulayıcı faktör analizinin yapılmadığı, 2 çalışmada açımlayıcı faktör analizinin yapıldığı bildirilmektedir (79, 110).

Ölçeğin güvenirliğinin belirlenmesinde Cronbach alfa değeri hesaplanmış, test-tekrar test ve gözlem içi güvenirlik yöntemleri kullanılmıştır. Yapılan iki ölçümden de sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile Uyum Oranı ve Kappa katsayısı hesaplanmıştır. ICC=0,799 olarak hesaplanmış ve bu değer orta/kabul edilebilir olarak nitelendirilmiştir. ICC değeri, fizyolojik veriler için; 0,90 ve üzeri değerler “yüksek”, 0,80-0,89 arasındaki değerler “orta”; 0,79 ve altındaki değerler “şüpheli” olarak değerlendirilirken, davranış bilimlerinde ise; 0,70-0,80 arası değerler “kabul edilebilir” olarak değerlendirilmektedir (83). Bunun yanında kabul edilebilir bir güvenirlik için standart bir ICC değeri olmadığı, düşük ICC değerlerinin örnekleme olguların değişkenliklerinin olmaması, örneklemin ve gözlemci sayısının az olması ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Bu hususlara dikkat edilmesi kaydıyla; ICC değerleri; 0,50 altında “zayıf”; 0,50-0,75 arası “orta”; 0,75-0,90 arasında “iyi”; 0,90’dan büyük değerler için “mükemmel” güvenirlik olarak kabul edilmektedir. ICC hesaplamalarında güven aralığının da dikkate alınması gerekmektedir (111, 112). Psikometrik ölçeklerde ICC kesme değerlerinin biraz daha esnetildiği, Literatürde 0,40-0,75 arasındaki değerleri “iyi”; 0,75 üzerinin “mükemmel” olarak değerlendiren çalışmalar yer almaktadır. Bu yönde değerlendirme gerekçelendirmesinde, yapılan çalışmalarda test tekrar test aşamasında yapılabilecek ölçüm hatalarının daha sıklıkla olabileceği, bunun yanında ölçülen durumda gerçekten değişikliklerin de olabileceği belirtilmektedir (113).

ICECAP-O Ölçeği’nin alt boyutları için katılımcıların 1. ve 2. uygulamada verdikleri yanıtların uyumunu belirlemek için uyum yüzdeleri ve ağırlıklandırılmış kappa katsayıları hesaplanmıştır. Tüm alt boyutlarda uyum yüzdeleri yüksek olarak bulunmuştur. “Sevgi ve arkadaşlık” dışındaki tüm alanlardaki kappa katsayısı değeri orta-iyi derecede uyumu göstermektedir. Ölçeğin İsveççe uyarlamasında sınıf içi korelasyon katsayısı araştırmamızdakine benzer bulunmuş ancak uyum yüzdeleri ve kappa katsayıları açısından Türkçe uyarlamasının üstünlüğü mevcuttur (69). “Sevgi ve arkadaşlık” alanının, hem en düşük kappa katsayısına sahip olması, hem de bu alandaki iki seçeneğin, diğer seçeneklere göre daha düşük kapsam geçerlik oranına sahip olması nedeniyle, değerlendirmede dikkate alınması ve kullanımda revizyon açısından değerlendirilmesi önerilir. Genel olarak ölçeği cevaplama tutarlılığı ölçeğin güvenirlik analizinde, tutarlılığın çok üst derecede saptanmamasının önemli bir

nedeni hedef grubun 65 yaş ve üstü bireyler olması nedeniyle ve durumlarında değişiklik olması ile ilişkilendirilebilir ancak tekrar durum değerlendirilmesi yapılmadığı için bu çalışma özelinde değişiklikler incelenememiştir. ICECAP-O orjinal ölçeği geliştiren ekibin geliştirdiği diğer bir kapasite ölçeği olan ICECAP-A'nın, katılımcılarının %23'ünün 65 yaş ve üstü olduğu, güvenilirlik çalışmasında daha yaşlı bireylerin ölçeği cevaplamadaki tutarsızlıklarından bahsedilmiştir (114). Literatürde orjinal ICECAP-O Ölçeğinin farklı dillere çevrilmesiyle oluşturulan versiyonlarıyla yapılan araştırmalarda güvenilirlik çalışmalarının kısıtlı olduğu görülmektedir. Hollanda, Almanya ve çok uluslu ICECAP-O çalışmalarında güvenilirlik analizinin yapılmadığı (77, 78, 80, 115). İsveç ve İspanya'da yapılmış çalışmalarda ölçeklerin güvenilirliği çalışmamızla benzer bulunmuştur (79, 116). Çalışmamızda, bu iki çalışmadan farklı olarak, güvenilirlik hem cronbach alfa değeri, hem de sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanarak test edilmiştir.

5.2. Araştırma Grubunun Çeşitli Özellikleri ve ICECAP-O Ölçek Puanları ile İlgili Bulgulara İlişkin Tartışma

Bu araştırma, yaşlılarda kapasite değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiş olan ICECAP-O Ölçeği'nin Türk toplumunda ilk kez uygulandığı bir araştırmadır. Ölçeğe ait sonuçların değerlendirilmesi ile kapasite kavramının, ICECAP-O Ölçeği'nin ilk çıkış noktasında belirtildiği gibi literatür ile uyumlu biçimde (72), sadece sağlık ve/veya yaşam kalitesi ölçütleriyle değil, çeşitli sosyal, demografik ve ekonomik özelliklerle de ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada ICECAP-O Ölçek toplam puan ortalaması 0,72 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, diğer ülkelerde yapılan çalışmalardan elde edilen ICECAP-O Ölçek puanlarının altında bir değerdir (78). Bazı Avrupa ülkelerini kapsayan bir araştırmada ICECAP-O Ölçek puan ortalamaları, Almanya 0,73; Portekiz 0,75; İtalya 0,77; Hollanda 0,80; İsveç 0,81; Norveç 0,83 olarak bildirilmiştir. Bu araştırmadan elde edilen ortalama ölçek puanı diğer ülke puanlarından düşük olmakla birlikte, bazı Avrupa ülkelerine yakın değerdedir (78). Farklı olan değerler ilgili araştırma grubu özelliklerinin farklı olması, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, kültürel ve sosyal yapılarının kapasiteyi etkileyen değişkenleri ile ilgili olabilir. Bu faktörlerin tespit

edilmesi, yaşlı sağlığı, yaşam kalitesi ve iyilik durumlarının geliştirilmesi için yapılacak müdahalelerin iyi olma kapasitesi ile ilişkilerinin incelenmesinde ve araştırmalarda kullanılması yönünden önemlidir.

Ölçeğin geliştiricileri tarafından ICECAP-O puanı için bir eşik değeri tanımlanmamıştır (76). Ancak yöntem bölümünde belirtildiği gibi, ölçek için özel olarak geliştirilen bir skorelama sistemi kullanılmaktadır (13). Elde edilen puan 0 ile 1 arasındadır ve yorumlarken bu değerin 0 ile 1 olarak, bir başka deyişle “kapasitede en kötü durum” ve “kapasitede en iyi durum” olarak, iki uç noktaya olan mesafesi dikkate alınır. Bu araştırmada, araştırma grubunu oluşturan kişiler sağlık kuruluşuna başvuran yaşlılardan oluşmaktadır. Literatürde huzurevi, bakımevinde kalmakta olan 65 yaş üstü kişiler ile yürütülen çalışmalar da mevcuttur. İlgili araştırmalarda elde edilen toplam ICECAP-O Ölçek puanının diğer çalışmalara nazaran daha düşük olduğu ve 0,40-0,63 aralığında olduğu bildirilmektedir (77, 79, 80). İlgili gruplarda yer alan yaşlıların ölçek puanları ve kapasiteleri genel toplum ve hasta gruplarından düşük olarak bildirilmiştir. Bu çalışmaların bir kısmında ICECAP-O’nun, hastaların yerine bakım verenlerin doldurduğu vekil versiyonları kullanılmıştır (77, 80). Genel olarak vekil versiyonunun kullanımını, psikiyatrik bozuklukları olan veya ileri demans hastaları gibi ölçeği kendi kendilerine dolduramayacak durumda olan kişiler için önerilmektedir. Bu versiyon için ayrı bir adaptasyon çalışması yürütülmesi önerilmektedir (75). Bu tez çalışmasının yapıldığı araştırma grubu sağlık kuruluşuna başvuran yaşlılardan oluşmaktadır. Bu grup içinde yalnızca 2 kişinin huzurevi/bakımevinde kalmakta olduğu saptanmıştır. Bu kişiler de ölçeği bizzat kendileri doldurmuşlardır. Bu nedenle, ölçeğin doldurulma şekli ve yaşanan yer ile ilgili olarak araştırmalarla karşılaştırmaya dönük analizler yapılmamıştır.

Araştırma grubunun özelliklerine ait bulgular incelendiğinde; cinsiyet değişkeninin kapasite ile ilişkisi saptanmamıştır. ICECAP-O’nun farklı ülkelerde yapılan validasyon çalışmalarında bu araştırmaya benzer şekilde cinsiyetin ICECAP-O puan ortalamaları ile ilişkisinin olmadığı bildirilmektedir (78, 80, 106, 115). Yaşın kapasite ile ilişkisi değerlendirildiğinde; ICECAP-O Ölçeği 65 yaş üstü kişilerde kapasite değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olmasına rağmen, ruhsal ve fiziksel anlamda bu yaş grubunun da kendi içinde farklılık gösterebileceği belirtilmektedir. Özellikle çok yaşlı grupta fonksiyonellikte azalma, hastalıkların görülme sıklığının

artmasına paralel olarak kapasitenin de azalması beklenmektedir (29). Literatürde yer alan ICECAP-O çalışmalarında katılımcıların yaşları gruplandırılarak ICECAP-O puanları incelenmiş ve genel olarak 75 yaş ve üzerindeki kişilerde kapasite puanlarının anlamlı olarak düşük olduğu belirtilmiştir (77, 106, 115). Sekiz ülkede yürütülen bir araştırmada 80 yaş ve üzerindeki kişilerde ICECAP-O Ölçek puanlarının daha düşük saptandığı bildirilmektedir (78). Bu araştırma grubu özelinde yaş grupları değerlendirilirken 2 farklı grup oluşturularak ICECAP-O Ölçek puanları incelenmiş, 75 yaş ve üzerindeki kişilerde ve 85 yaş ve üzerindeki kişilerde ICECAP-O Ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada medeni durumun ICECAP-O Ölçek puanları ile ilişkisi incelendiğinde, evli olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Literatürde medeni durum-kişinin yalnız yaşayıp yaşamadığı, bilgileri birlikte incelendiği için, bu araştırmada da değişkenler birlikte sorgulanmış ve değerlendirilmiştir (76, 106, 108, 115, 117). Literatürle uyumlu olarak bu araştırmada, yalnız yaşayanların ICECAP-O Ölçek puanlarının daha düşük olduğunu saptanmakla beraber, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Yalnız yaşayanlar ile aile bireylerinden birileri ile birlikte yaşayanlar arasında ICECAP-O puanlarında fark saptanmazken, birlikte yaşanan kişinin eş olması ile diğer durumlardaki ICECAP-O Ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Literatürde yalnız yaşamanın veya sosyal izolasyon durumunun ICECAP-O Ölçek puanlarının düşük olmasıyla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Orjinal ölçeğin İngiliz toplumunda uygulandığı araştırmada yalnız yaşayanlarda ölçek puanının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmada günlük olarak yakın arkadaşlarla veya aile bireyleriyle hiç konuşmamak veya görüşmemenin düşük kapasite ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (78, 106). Yaşlı bireyler için arkadaş ve aile bireylerinin desteği çok önemlidir. Bu araştırmada sosyalleşmeden daha çok bireylerin eşlerinden aldıkları desteğin ayrı olarak değerlendirilmesi gerekliliği de dikkat çekicidir. Eşlerin benzer yaşta olmaları, uzun yıllar birlikte yaşamaları, birbirlerinin günlük yaşam aktiviteleri açısından ihtiyaçlarını, duygusal gereksinimlerini daha iyi anlamalarını ve karşılımlarını sağladıkları bilinmektedir (118). Bu durum eşler arasında karşılıklı bir etkileşimdir. İki taraf da bundan fayda görmektedir. Bu doğrultuda eş kaybı yaşayanların kapasite ve sağlık davranışları açısından ayrı bir çalışmayla değerlendirilmesi önerilir. Konunun bir başka yönü de,

eşlerden birinin bakıma muhtaç hale gelmesidir. Bu koşulda yukarıda bahsedilen eşlerin birbirlerini olumlu yönde desteklemesi ve karşılıklı etkileşim içinde bulunması durumu ortadan kalkmaktadır. Eşlerden biri bakım veren biri de bakıma ihtiyaç duyan konumuna geldiğinde, kapasite değişimi ve etkileşimi geriatrik araştırmalarda ayrıca incelenmelidir. Bu araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunun kronik hastalıkları mevcut olsa da hastalıklarının şiddeti konusunda bir değerlendirme yapılmamıştır. Bunun yanında birlikte yaşadıkları eşlerinin sağlık durumları sorgulanmamıştır. Bu nedenle elde ettiğimiz sonuçların kısıtlılığı göz önünde bulundurulmalı, yaşlının durumunu detaylı incelendiği çalışmalarda ilgili değişken ilişkileri atlanmamalıdır. Literatürde bakımveren eş veya partnerlerin diğer bakım veren kişilere göre anlamlı olarak daha düşük ICECAP-O Ölçek puanı aldığı bildirilmektedir (78).

Kapasite ile öğrenim durumu ilişkisi değerlendirildiğinde, bu araştırmada öğrenim düzeyi yüksek olanların, düşük ve orta düzeye göre ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde araştırmamızın aksine, eğitim durumunun kapasiteye etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar çoğunluktadır (78, 80, 115). Bu araştırmada yaşlıların yaklaşık %22'sini, yüksek olarak tanımlanan öğrenim düzeyine sahip kişiler oluşturmaktadır. Araştırma grubunda öğrenim düzeyi açısından büyük bir dengesizlik bulunmamaktadır. Bu nedenle bu araştırmadan elde edilen sonucun literatürden farklı olma nedeni araştırma grubunun özelliklerinden ziyade, ülkeler arasındaki sosyal, kültürel ve ekonomik farklılıklardan kaynaklandığı şeklinde değerlendirilebilir. Bu doğrultuda benzer sosyokültürel yapılarda daha geniş popülasyonlarda, tabakalı analizlerle karşılaştırmalara olanak sağlayacak değerlendirmelere gereksinim vardır. Öğrenim durumu tek başına kapasite ile ilişkili olabileceği gibi kişilerin sosyal ve ekonomik durumları, yaşam biçimi ve sağlık davranışları ile ilişkisi nedeniyle de bu sonucu doğurmuş olabilir. Bu araştırma konusu ve metodolojisi açısından Türkiye'de yapılmış ilk araştırma olduğundan, eğitim düzeyi- kapasite ilişkisi ancak ileride yapılacak olan farklı kapsamlı çalışmalarla değerlendirilmelidir.

Bu araştırmaya katılan yaşlıların emekli olma, halen çalışıyor olma ve gelir durumları ile ICECAP-O Ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde, halen çalışıyor veya çalışmıyor olma durumunun ICECAP-O Ölçek puanıyla ilişkisi olmadığı, bunun yanında emekli olanlar ICECAP-O Ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek

olduğu saptanmıştır. Katılımcıların gelir durumlarıyla ilgili sorulara verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; gelir durumları daha iyi olanların ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışma durumu, emeklilik durumundan ziyade gelir durumu ile ICECAP-O puanlarının karşılaştırılmasının yapıldığı çalışmalara rastlanmıştır ve benzer olarak gelir durumu daha yüksek olanlar ve ihtiyaçlarını karşılamada çok büyük güçlükle karşılaşmayanlarda ICECAP-O puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (119). Bir araştırmada katılımcıların devletten yardım alıp almamalarına göre ICECAP-O Ölçek puanları karşılaştırılmış ve yardım alanların daha düşük ölçek puanına sahip oldukları görülmüştür (106). Avrupa ülkeleri'nde sosyal güvence, gelir durumu gibi konular birbirleriyle benzer ve belli standartlardadır. Türkiye açısından değerlendirildiğinde, sosyal güvence-emeklilik, gelir durumu konuları pek çok araştırmada temel faktörler olmaya devam etmektedirler. Emeklilik bir anlamda gelir durumuyla ilişkilidir. Araştırmamızda gelir durumunun iyi olması, daha doğrusu gelir-gider dengesinin kişilerin iyi koşullarda yaşayabileceği ölçüde olması yüksek kapasiteyle ilişkili bulunmuştur. Bu sonuç ülkeler arasındaki farklılıkların yorumlanması açısından da önemlidir.

Araştırma grubunda yer alan yaşlıların sigara içme durumlarıyla ICECAP-O Ölçek puanları karşılaştırılmış ve halen sigara içenlerin hiç içmemiş ve bırakmış olanlara göre ICECAP-O Ölçek puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Ancak gelir durumuyla benzer olarak literatürde sigara kullanımıyla kapasite arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle diğer çalışmalarla karşılaştırma olanağı bulunmamaktadır. Çalışmamızda sigara içen 18 kişiden 3'ünün yüksek bağımlılık seviyesinde olduğu, alkol kullanan 33 kişiden 4'ünün ise alkol bağımlısı olduğu veya bağımlılık riski taşıdıkları saptanmıştır. Sigara-alkol kullanımı ile kapasite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamakla beraber, sigara ve alkol kullananların kapasite puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada sigara ve alkol kullanan kişilerin görece az sayıda oluşu karşılaştırmalı analizlere olanak sağlamamıştır. Sigara-alkol kullanımı ile yaşlıdaki kapasite ilişkisini ortaya koyabilmek için daha geniş popülasyonları kapsayan çalışmalar planlanmalıdır. Bu araştırma kapsamında kişilerin sağlık durumlarını etkileyen bir başka faktör olan fiziksel aktivite, düzenli olarak yapıp yapmadıkları, tür ve sıklık açısından sorgulanmıştır. Katılımcıların yaklaşık %40'ı düzenli olarak fiziksel aktivite

yaptıklarını, bunların da büyük çoğunluğunun yürüyüşü tercih ettikleri saptanmıştır. ICECAP-O Ölçek puanları açısından incelendiğinde, düzenli fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel aktivitenin yoğunluğu konusunda net bir bilgi edinilemese de ortalama haftada kaç gün ve ne kadar süreyle yaptıkları sorulmuş, buna göre daha sık fiziksel aktivite yapanların ICECAP-O Ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde konuyla ilgili çalışmalarda fiziksel aktivite- ICECAP-O Ölçek puanı ilişkisinin değerlendirilmesiyle ilgili detaylı bilgiye ulaşamamıştır. İngiliz toplumunda yapılan bir araştırmada haftada en az bir kez düzenli egzersiz yapanlarda kapasite puanlarının, araştırmamıza benzer olarak, neredeyse %10 kadar daha yüksek olduğu bildirilmektedir (106).

Bu tez çalışmasında yaşam kalitesi, iyilik durumu ve kapasitenin önemli belirleyicilerinden olan sağlık durumları bütünsel olarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda araştırmada yer alan yaşlıların tanı konulmuş kronik hastalıklarının varlığı, hastalık tanıları ve hastalık sayılarına göre ICECAP-O Ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Katılımcılardan 42 kişinin tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığı saptanmıştır. Sağlıklı yaşlı olarak tanımlanabilecek bu kişilerin ICECAP-O puanlarının, en az bir tane kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olması ayırtedici özelliğini desteklemektedir. Hiçbir hastalığı olmayan 65 yaş ve üzeri bu kişilerin ICECAP-O Ölçek puan ortancası 0,86 olarak bulunmuştur. Bu değer, farklı grupların değerlendirildiği çalışmalarda temel değer sunması açısından önemli olabilir. Hastalık sayısının 2 ve daha fazla olmasının düşük ICECAP-O Ölçek puanıyla ilişkili bulunması da bu araştırmadan elde edilen önemli sonuçlardan biridir. Multimorbidite olarak adlandırılan bu kavram, kişilerin sağlık durumları açısından önemli bir göstergedir ve pek çok araştırmada multimorbidite durumuna göre ICECAP-O Ölçek puanları karşılaştırılmış ve bu çalışma ile benzer olarak multimorbidite varlığının düşük ICECAP-O Ölçek puanlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (115). Literatürde ICECAP-O Ölçeği ile ilgili araştırmalarda sağlık durumu, çeşitli parametrelerle değerlendirilmiştir. Spesifik bir hastalığı olan kişilerde kapasite değerlendirmesi, o hastalığın şiddetini ölçen ölçekler vasıtasıyla oluşturulan grupların, ölçek puanları açısından karşılaştırılmasıyla yapılmıştır. Demanslı

hastalarda yapılan üç araştırmada, beklendiği üzere hastalık şiddeti yüksek olan gruplarda ölçek puanlarının düşük olduğu bildirilmiştir (77-79).

Yaşlılarda ilaç kullanımı genel popülasyona göre daha fazladır. Kronik hastalıkların sıklığının artması multimorbiditeye neden olduğu kadar, çoğu zaman polifarmasiyi de beraberinde getirmektedir. Polifarmasinin yaşlılarda düşmeler, buna bağlı kırıkların meydana gelmesi, hastane yatışlarının artması ve ölüme kadar giden pek çok olumsuz durumu tetiklediği bilinmektedir (120). Bu araştırmada hem ilaç kullananların, hem de çoklu ilaç kullananların ICECAP-O Ölçek puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde ilaç kullanımı ile ICECAP-O Ölçek puanlarının karşılaştırıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bir karşılaştırma yapılamamaktadır. Ancak elde ettiğimiz bu sonuç özellikle yaşlılarda akılcı olmayan ilaç kullanımının incelenmesi ve kapasite üzerindeki etkisini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Araştırmanın konusunu oluşturan kapasite kavramının komponentlerinden iyilik durumu yaşam kalitesi ile ilgili olarak katılımcılara 2 farklı ölçek uygulanmıştır. Bu konudaki araştırmalar kişilerin iyilik, refah durumları ve yaşam kalitelerini değerlendirmede yalnız ölçeklerin kullanılmaması gerektiği, kişilerden kendi durumlarını tanımlamalarına yönelik ek bilgi içeren görüşmeler yapılması gerektiğini vurgulamaktadır (11, 12). Bu anlamda katılımcılara kendi mutluluk düzeylerini 1'den 10'a kadar puanlamaları istenilen bir soru yöneltilmiştir. Genel olarak mutluluk düzeyi ortancası 6 olarak bulunmuş ve bu değer baz alınarak ICECAP-O Ölçek puanları karşılaştırılmıştır; mutluluk düzeyi 6 ve üzerinde olanların ölçek puanları daha yüksek olarak hesaplanmıştır. ICECAP-O ölçeği görece yeni bir ölçek olması ve yeni yaklaşım sunması dolayısıyla, literatürde mevcut çalışmalarda mutluluk ile ilişkili karşılaştırmaya rastlanmamıştır. Bir araştırmada genel yaşam memnuniyet ölçeği ile ICECAP-O Ölçeği korelasyonu incelenmiş ve anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (12, 80).

Bu araştırmada kullanılan ruhsal iyilik durumu ve yaşam kalitesi ölçekleriyle ilgili diğer bulgular incelendiğinde, ruhsal iyilik durumunu değerlendirme aracı olarak kullanılan GSA-12'nin ortalaması $2,87 \pm 3,32$, ortancası 1(0-5;0-12) olarak saptanmıştır. Anket için bildirilen kesme noktası 1 ile 2 puan arasında olarak

bildirilmiştir (43). Bu durum, katılımcıların ruhsal iyilik durumları açısından ileri değerlendirmeye ihtiyaç duydukları yönünde değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgularda GSA-12'nin ICECAP-O Ölçeği ile güçlü düzeyde ilişkisinin saptanması, yaşlı bireylerin ruhsal iyilik durumunun değerlendirilmesinde ICECAP-O Ölçeği'nin birlikte kullanılması yönünde değerlendirilebilir.

Yaşam kalitesi ile ilgili EQ-5D-3L ve EQ-VAS ölçeklerine ait bulgular, ICECAP-O Ölçeği'nin kullanıldığı araştırmalarda farklılık göstermektedir. Huzurevi/bakımevinde yapılan araştırmalarda EuroQoL ölçek puanlarının bu araştırmaya kıyasla daha düşük olduğu bildirilmiştir (77, 80). Bundan farklı olarak İspanya'da yapılan bir araştırmada yaşam kalitesi ölçek puanı çalışmamızla benzer bulunmuştur (79). Literatürdeki bu üç araştırmada da ölçeğin uygulandığı popülasyonun çeşitli derecelerde demans veya psikiyatrik bozuklukları mevcut olduğu belirtilmektedir. Demanslı hastalarda yapılan çok uluslu bir başka araştırmada ise, EuroQoL ölçek puanlarının araştırmamızda elde edilen puanlardan daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir (78). Bir başka araştırmada kalça kırığı sebebiyle opere olan yaşlı popülasyonda EQ-5D-3L ve ICECAP-O Ölçek puanları, bu araştırmadan daha düşük olarak bildirilmiştir (81). Özellikle Hollanda'da yapılan bir başka araştırmada EuroQoL ölçek puanlarının oldukça yüksek olduğu, katılımcıların ICECAP-O Ölçek puanlarının da diğer araştırmalara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (115). Bu farklılıklar, ülkelerin sosyal, kültürel, ekonomik durumlarından kaynaklanabileceği gibi, araştırma grubunda yer alan bireylerin özelliklerinden de kaynaklanabilir. Bu doğrultuda, araştırma grubundaki bireylerin mevcut sağlık özellikleri yanında, yaşlılık öncesi dönem ve genel yaşam kalitesi ve sosyokültürel zeminin kapasite ile ilişkisini inceleyen araştırmalara gereksinim söz konusudur. Ölçeğin Türkçe'de kullanıma sunulması farklı özelliklerin karşılaştırılmasına dönük kullanıma olanak sağlayacaktır. Bu araştırmada olduğu gibi, pek çok araştırmada EQ-5D ölçekleriyle iyi-güçlü düzeyde korelasyon gösteren ICECAP-O ölçeğinin yaşam kalitesini değerlendirmede tek başına değil ancak tamamlayıcı olarak kullanılması öneriler arasındadır (121). Bu araştırmanın da yapısı itibarıyla dahil olduğu, yöntem bilim açısından bir testin veya ölçeğin uyarlanmış veya tercüme edilmiş biçiminin her zaman sorgulanabilir ve yeni inceleme ve değerlendirmelere açık bir nitelikte olduğu unutulmamalıdır (122).

Genel olarak ICECAP-O geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında ICECAP-O Ölçeği, “umut vadeden” bir araç olarak nitelendirilmektedir (80, 110, 115, 116). Bu nitelendirme ICECAP-O ile ilgili olarak daha yolun başında olunduğunun da bir nevi göstergesi sayılabilir. ICECAP-O Ölçeği’nin farklı özellikteki yaşlılarda uygulanması, bu çalışmalardan elde edilecek sonuçların değeriendirilmesi bu konuda daha iyi yol katedilmesini sağlayacaktır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Yaşlılarda Kapasite Ölçeği ICECAP-O'nun Türkçe Uyarlaması ile geçerlik ve güvenirliği incelenen bu araştırmada ölçekten alınan puanların iç tutarlılığı 0,81, sınıf içi korelasyon katsayısı 0,80 olarak saptanmış; yakınsak ve ayırt edici geçerlik analizlerinden elde edilen sonuçlar ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik kriterlerini sağladığını göstermiştir. Ancak bununla beraber, özellikle “sevgi ve arkadaşlık” alanının tekrar değerlendirilmesi önerilir.
- ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe versiyonu, sağlık kuruluşuna başvuran yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve iyilik durumunu değerlendirmede umut vadeden tamamlayıcı bir araç olarak değerlendirilmesi önerilir.
- Bu araştırma sağlık kuruluşuna başvuran 65 yaş ve üstü kişilerde beyana dayalı yapılmıştır. Farklı yaşlı gruplarında, vekil ile yapılacak olan çalışmalar için ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizlerinin tekrar yapılması önerilir.
- Ölçeğin görünüş geçerliği açısından, hedef kitleyi oluşturan 65 yaş ve üstü kişilerle daha kapsamlı ve yapılandırılmış görüşmeler ve bilişsel anlaşılabilirlik değerlendirmeleri yapılmasına ihtiyaç vardır.
- ICECAP-O Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ile GSA-12 ve EQ-5D-3L, EQ-VAS arasında güçlü ve anlamlı korelasyon saptanmıştır. Farklı özellikteki yaşlıları kapsayan çalışmalarda bu ilişki test edilmesi koşuluyla ölçek, mental iyilik durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde tamamlayıcı bir araç olarak değerlendirilmesi önerilir.
- Bu araştırmada toplam ICECAP-O Ölçek puanı $0,72 \pm 0,01$ olarak saptanmıştır. Bu değer, literatürdeki bazı araştırmalar dışında genel olarak diğer ülkelere göre düşüktür. Ölçeğin kullanımı ve daha kapsamlı araştırmalar, durumun ve gereksinimlerin saptanması ile yaşlı bireylerin kapasitelerinin artırılması yönünde girişimlere temel olabilir.
- Araştırma grubunda tanı konulmuş hiç bir kronik hastalığı olmayan 42 kişinin ICECAP-O Ölçek puan ortalaması $0,81 \pm 0,14$ olarak saptanmıştır.

Bu değer 65 yaş ve üzerindeki sağlıklı kişiler için kapasite açısından bir temel değer olarak kullanımı nerilebilir. Yaşlılarda kapasitenin değerlendirilmesiyle ilgili toplum tabanlı çalışmalar, hastalıklara özgü çalışmalar ve yapılan müdahaleler ile bu temel değer ve değişimlerinin incelenmesi nerilir.

- Araştırma grubundaki bireylerin yaşı, emeklilik durumu, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu, düzenli fiziksel aktivite yapıp yapmamaları, kronik hastalık varlığı, multimorbidite durumu, ilaç kullanma durumu ve mutluluk düzeylerinin, yaşlılarda kapasite ile ilişki olduğu (ICECAP-O lek puanı ile) ortaya konulmuştur. Bu alışma kapsamı dışında kalan, diğer sağlık, sosyoekonomik ve sosyodemografik durumları ve yaşam koşulları özelliklerini tanımlayan değişkenler ile kapasite (ICECAP-O leği puanı) ilişkisinin incelenmesine gereksinim vardır.
- Bu araştırma, Türkiye’de kapasite kavramının ve leğinin ilk kez yer aldığı yeni bir çalışmadır. Belirtilen kısıtlılıklar yanında, ölçeğin kullanılacağı başka çalışmalardan elde edilecek sonuçlar ve deneyimler ışığında, ölçeğin revizyonu veya yeni bir versiyonunun geliştirilmesi bu alana büyük katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Yavuz B. Geriatrik değerlendirme ve testler. İç Hastalıkları Dergisi. 2007;14(1):5-17.
2. Rosenthal RA, Kavic SM. Assessment and management of the geriatric patient. Critical Care Medicine. 2004;32(Supplement):92-105.
3. WHO. World Report on Ageing and Health. Chapter 3:Health in Older Ages. Geneva: WHO; 2015.
4. World Bank Data. Population ages 65 and above (% of total) [İnternet] 2017 [Erişim tarihi 21.12.2019]. Erişim adresi: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?end=2017&start=1960>.
5. Eurostat. Database. Life expentancy by age and sex [İnternet]. 2017 [Erişim tarihi 15 Aralık 2019]. Erişim adresi: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
6. TÜİK. Haber Bülteni. 17 Eylül 2020. Sayı:33711 2020 [Erişim tarihi 30.12.2020]. Erişim tarihi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2017-2019-33711>.
7. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu, Temel İstatistikler 2018 [Erişim tarihi 30.12.2020]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>.
8. Torlak Evinç S, Savaş Yavuzçehre P. Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. Çağdaş Yerel Yönetimler. 2008;17(2):23-44.
9. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. Br Med Bull. 2008;85:113-26.
10. Bowling A, Zahava Gabriel, Joanna Dykes, Lee Marriott Dowding, Olga Evans, Anne Fleissig, et al. Let's Ask Them: A National Survey Of Definitions Of Quality Of Life And Its Enhancement Among People Aged 65 And Over. The International Journal of Aging and Human Development. 2003;56(4):269-306.
11. Farquhar M. Elderly People's Definition of Quality of Life. Soc Sci Med. 1995;41(10):1439-46.
12. Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999). 2003;25(1):31-9.

13. University of Birmingham. ICECAP capability measures. ICECAP-O [Internet] 2019 [Erişim tarihi 30.11.2020]. Erişim adresi: <https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/ICECAP-O/index.aspx>.
14. Türk Dil Kurumu. 11.Baskı Ankara 2011. Türkçe Sözlük.
15. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.
16. WHO. World Report on Ageing and Health. Chapter 2:Healthy Aging. Geneva: WHO; 2015.
17. Güler Ç. Yaşlılıkta Tanımlar ve Yaşlılık Üstüne Söylenenler. Turkish Journal of Geriatrics. 1998;1(2):105.
18. WHO. The uses of epidemiology in the study of the elderly Geneva: WHO; 1984. Report No.: Technical Reports Series 706.
19. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim. 2012;25(3):1-3.
20. Bilir N, Erbaydar NP. Yaşlılık Sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3. 2 ed2012. p. 1528-41.
21. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2017. Report No.: Sağlık Bakanlığı Yayın No:1106.
22. OECD. Elderly population (indicator) [İnternet].2019 [Erişim tarihi 12.12. 2019] Erişim adresi:<https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>.
23. TÜİK. Hayat Tabloları, 2017-2019 [İnternet]. 2020 [Erişim tarihi 30.12.2020]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2017-2019-33711>.
24. WHO. World Report on Ageing and Health. Chapter 1: Adding health to years. Geneva: WHO; 2015.
25. Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017;10(52):1278-87.
26. Steven M. Albert DG. Psychosocial Aspects of Aging. In: Jeffrey B. Halter JGO, Stephanie Studenski, Kevin P. High, Sanjay Asthana, Mark A. Supiano, Christine S.

- Ritchie, editor. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. Seventh ed: McGraw-Hill Medical; 2017.
27. David B. Reuben SR, Heather B. Schickedanz. Principles of Geriatric Assessment. In: Jeffrey B. Halter JGO, Stephanie Studenski, Kevin P. High, Sanjay Asthana, Mark A. Supiano, Christine S. Ritchie, editor. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology: McGraw-Hill Medical; 2017.
 28. Döventaş A. Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme. In: Tanju Beğler DSE, Mehmet Rıza Altıparmak, editor. Geriatrik Hasta ve Sorunları. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:75; 2011. p. 9-19.
 29. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev 2011;10:430–9.
 30. Gallo JJ. Handbook of geriatric assessment. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett; 2006.
 31. Assessment G. General Health Questionnaire [Internet]. 2019 [Erişim tarihi 30.11.2019]. Erişim adresi: <https://www.gl-assessment.co.uk/products/general-health-questionnaire-ghq/>.
 32. Qin M VA, Evandrou M, Falkingham J. General Health Questionnaire-12 reliability, factor structure, and external validity among older adults in India. Indian J Psychiatry. 2018;60(1):56-9.
 33. Kilic C, Rezaki M, Rezaki B, Kaplan I, Ozgen G, Sagduyu A, et al. General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997;32:327-31.
 34. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological Medicine. 1997;27(1):191-7.
 35. Amoran O, Ogunsemi O, Lasebikan V. Assessment of mental disorders using the patient health questionnaire as a general screening tool in western Nigeria: A community-based study. J Neurosci Rural Pract. 2012;3(1):6-11.

36. Namjoo S, Shaghaghi A, Sarbaksh P, Allahverdipour H, Pakpour AH. Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) to be applied for the Iranian elder population. *Aging Ment Health*. 2017;21(10):1047-51.
37. Wang X, Liu M, Li Y, Guo C, Yeh CH. Community canteen services for the rural elderly: determining impacts on general mental health, nutritional status, satisfaction with life, and social capital. *BMC Public Health*. 2020;20(1):230.
38. Rausch C, Liang Y, Bultmann U, de Rooij SE, Johnell K, Laflamme L, et al. Social position and geriatric syndromes among Swedish older people: a population-based study. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):267.
39. Dias A, Azariah F, Anderson SJ, Sequeira M, Cohen A, Morse JQ, et al. Effect of a Lay Counselor Intervention on Prevention of Major Depression in Older Adults Living in Low- and Middle-Income Countries: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(1):13-20.
40. Kulason K, Nouchi R, Hoshikawa Y, Noda M, Okada Y, Kawashima R. The Beneficial Effects of Cognitive Training With Simple Calculation and Reading Aloud (SCRA) in the Elderly Postoperative Population: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Front Aging Neurosci*. 2018;10:68.
41. Bilge A, Elbay G, Cürgül M, Kuru T, Şahin S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bedensel ve Ruhsal Durumları ile Beslenme Durumları Arasındaki İlişki Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(1):40-5.
42. Elkin N, Barut AY. Bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin genel sağlık anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017(3):221-38.
43. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;7:83-9.
44. Özkan B, Arguvanlı, S, Kaya Erten, Z, Seviğ, E. 14 Yaş ve üzeri bireylerin anksiyete ve genel sağlık düzeylerinin belirlenmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013;1(1):1-9.
45. Buzlu S, Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S. İstanbul'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık. *sted*. 2006;15(9):134-38.

46. Özden D, Kelleci M, Güler N. Yaşlı Bireylerin Ruh Sağlığının Şiddete Maruz Kalma ve Bazı Özellikler Açısından İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2010;12(3):5-13.
47. Çatak B, Can Ö, Kılınç AS, Sütü S, Şenbayram S. Yaşlılara evde bakım verenlerde ruhsal hastalık belirtisi sıklığı ve etkileyen faktörler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012(3):105-8.
48. Huxley P. Quality measurement in mental health services--a discussion paper on quality of life measurement: Good Practices in Mental Health; 1986. 28 p.
49. Abrams M. Subjective social indicators. *Social trends*. 1973;4:35-50.
50. Farquhar M. Untitled contribution to the discussion on Cox D. et al. Quality-of-life assessment: can we keep it simple? . *J R Stat Soc*155, 382. 1992.
51. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*. 2016;8(15):137-50.
52. George LK, Bearon LB. Quality of Life in Older Persons: Meaning and Measurement. New York: Human Sciences Press; 1980. 238 p.
53. Lawton MP. 1 - A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In: Birren JE, Rowe JC, Lubben JE, Deutchman DE, editors. *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press; 1991. p. 3-27.
54. Aslan D. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla "Nitelikli" Yaşam: Yaşam Kalitesi. In: Güler Ç, Akın L, editors. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 3. 2 ed. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. p. 1896-901.
55. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-3L User Guide [İnternet]. 2018 [Erişim tarihi 30.12.2019] Erişim adresi: <https://euroqol.org/publications/user-guides>.
56. Bhadhuri A, Kind P, Salari P, Jungo KT, Boland B, Byrne S, et al. Measurement properties of EQ-5D-3L and EQ-5D-5L in recording self-reported health status in older patients with substantial multimorbidity and polypharmacy. *Health and quality of life outcomes*. 2020;18(1):317.

57. Bulamu NB, Kaambwa B, Ratcliffe J. A systematic review of instruments for measuring outcomes in economic evaluation within aged care. *Health and quality of life outcomes*. 2015;13:179.
58. Feng Y, Devlin N, Herdman M. Assessing the health of the general population in England: how do the three- and five-level versions of EQ-5D compare? *Health and quality of life outcomes*. 2015;13:171.
59. Mulhern B, Feng Y, Shah K, Janssen MF, Herdman M, van Hout B, et al. Comparing the UK EQ-5D-3L and English EQ-5D-5L Value Sets. *Pharmacoeconomics*. 2018;36(6):699-713.
60. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, Gudex C, Niewada M, Scalone L, et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. *Qual Life Res*. 2013;22(7):1717-27.
61. Rabin R, Gudex C, Selai C, Herdman M. From translation to version management: a history and review of methods for the cultural adaptation of the EuroQol five-dimensional questionnaire. *Value Health*. 2014;17(1):70-6.
62. de Veras BMG, da Silva Magliano CA, da Silva Santos M, da Rosa Duarte E, Raquel Blatt C, Tetelbom Stein A. Health-related quality of life in elderly: a review of the EQ-5D use. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. 2016;8(3).
63. Kahyaoğlu Süt H, Unsar S. Is EQ-5D a valid quality of life instrument in patients with acute coronary syndrome? *Anadolu Kardiyol Derg*. 2011;11(2):156-62.
64. Eser E, Dinç G, Cambaz S, Özyurt B, Nesanır N, Şerifhan M, et al., editors. *EURO-QoL(EQ-5D) İndeksinin Toplum Standartları ve Psikometrik Özellikleri: Manisa Kent Toplumu Örnekleme 2007*; Ege Üniversitesi, İzmir: 2. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi.
65. Erbaycu AE, Goksel T, Eser E, Gursul KK, Basarık B, Oz A, et al. The assessment of the effect of changes in lung cancer follow-up period on the quality of life using EQ-5D questionnaire and follow data (AKAYAK-1 multicenter project). 2018.
66. Cambridge Dictionary. *Capability*: Cambridge University Press; 2021 .

67. Tureng Dictionary. Capability: Tureng Dictionary and Translation Ltd. [İnternet] [Erişim tarihi 30.11.2019] Erişim adresi:<https://tureng.com/en/turkish-english/capability>.
68. Cambridge Dictionary. Capacity: Cambridge University Press; 2021
69. Sen A. Capability and Well-being. In: Martha Nussbaum AS, editor. The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press; 1993.
70. Cost J. Is economic evaluation in touch with society's health values? BMJ. 2004;329:1233-6.
71. Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. Br Med J (Clin Res Ed). 1985;291:326-9.
72. Grewal I, Lewis J, Flynn T, Brown J, Bond J, Coast J. Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? Soc Sci Med. 2006;62(8):1891-901.
73. Coast J, Kinghorn P, Mitchell P. The development of capability measures in health economics: opportunities, challenges and progress. The patient. 2015;8(2):119-26.
74. Sen A. Choice, welfare and measurement. Cambridge: MA: Harvard University Press; 1982.
75. University of Birmingham. ICECAP Capability measures [İnternet] 2019 [Erişim tarihi 20.11.2019] Erişim adresi: <https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/index.aspx>.
76. Coast J, Flynn TN, Natarajan L, Sproston K, Lewis J, Louviere JJ, et al. Valuing the ICECAP capability index for older people. Soc Sci Med. 2008;67(5):874-82.
77. Makai P, Beckebans F, van Exel J, Brouwer WB. Quality of life of nursing home residents with dementia: validation of the German version of the ICECAP-O. PloS one. 2014;9(3):e92016.
78. Perry-Duxbury M, van Exel, J., Brouwer, W. et al. . A validation study of the ICECAP-O in informal carers of people with dementia from eight European Countries. Qual Life Res (2019) Doi:101007/s11136-019-02317-3.

79. Sarabia-Cobo CM, Paras-Bravo P, Amo-Setien FJ, Alconero-Camarero AR, Saenz-Jalon M, Torres-Manrique B, et al. Validation of the Spanish Version of the ICECAP-O for Nursing Home Residents with Dementia. *PloS one*. 2017;12(1):e0169354.
80. Makai P, Brouwer WB, Koopmanschap MA, Nieboer AP. Capabilities and quality of life in Dutch psycho-geriatric nursing homes: an exploratory study using a proxy version of the ICECAP-O. *Qual Life Res*. 2012;21(5):801-12.
81. Milte R, Crotty M, Miller MD, Whitehead C, Ratcliffe J. Quality of life in older adults following a hip fracture: an empirical comparison of the ICECAP-O and the EQ-5D-3 L instruments. *Health and quality of life outcomes*. 2018;16(1):173.
82. Kan A. Ölçmenin Temel Kavramları. In: Atılgan H, editor. *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. 8 ed. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015. p. 2-19.
83. Alpar R. Geçerlik ve Güvenirlik. *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. 2 ed. Ankara: Detay Yayıncılık; 2012. p. 455-8.
84. Kan A. Ölçme Araçlarında Bulunması Gereken Nitelikler. In: Atılgan H, editor. *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. 8 ed. Ankara: Anı Yayıncılık; 2006.
85. Alpar R. Geçerlik ve Güvenirlik. *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. 2 ed. Ankara: Detay Yayıncılık; 2012. p. 448-75.
86. Baykul Y. *Klasik Test Teorisi ve Uygulaması*. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme. Ankara: ÖSYM Yayınları; 2000.
87. Can A. Bir Ölçme Aracıyla Yapılan Ölçümün Güvenirliğini Belirleme. *SPSS ile Nicel Veri Analizi*. 3 ed. Ankara: Pegem Akademi; 2014. p. 365-6.
88. JP. G. *Psychometric Methods*. 2 ed. New York: McGraw-Hill Book Co; 1954.
89. Alpar R. Geçerlik ve Güvenirlik. *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. 2 ed. Ankara: Detay Yayıncılık; 2012. p. 479-85.
90. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği 2015 yılı Çalışma Raporu. 2015.

91. Adaptation of ICECAP Measures [İnternet] 2015 [Erişim tarihi 21.12.2019]. Erişim adresi: <https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/ICECAP-O/index.aspx>.
92. Alpar R. Geçerlik ve Güvenirlik. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık; 2012. p. 499-500.
93. WHO. Ageing and Health Report. Geneva; 2015.
94. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017;17(1):230.
95. WHO. Medication safety in Polypharmacy. Geneva: WHO; 2019.
96. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. Drug Alcohol Depend. 1994;34(3):211-6.
97. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Addiction 1989;84(7):791-800.
98. Sağlam L. Clinical Evaluation of Nicotine Dependence. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2017;4(1):78-89.
99. Ewing JA. Detecting Alcoholism JAMA. 1984; 252(14):1905-7.
100. Turan M, Çilli AS, Aşkın R, Herken H, Telcioğlu M, Kucur R. CAGE testi ile alkol kullanımı üzerine epidemiyolojik bir çalışma. Klinik Psikiyatri. 1999;2:217-21.
101. Arıkan Z, Özdemir Y, Candansayar S, Işık E. SMAST ve CAGE tarama testlerinin alkolizmin tanısal önemi üzerine bir çalışma. 27. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya. 1991.
102. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No:940.
103. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. 1995. Report No.: 0512-3054 (Print)0512-3054.

104. Birkjær M, Kaats M, Rubio A. Wellbeing Adjusted Life Years. Berlin: Happiness Research Institute & Leaps by Bayer 2020.
105. Abdel-Khalek AM. Measuring Happiness with a Single-Item Scale. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2006;34(2):139-50.
106. Flynn TN, Chan P, Coast J, Peters TJ. Assessing quality of life among British older people using the ICEPOP CAPability (ICECAP-O) measure. *Appl Health Econ Health Policy*. 2011;9(5):317-29.
107. Alpar R. Bölüm:13 Geçerlik ve Güvenirlik;. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 2 ed. Ankara: Detay Yayıncılık; 2012. p. 413-15.
108. Gustafsson S, Horder H, Hammar IO, Skoog I. Face and content validity and acceptability of the Swedish ICECAP-O capability measure: Cognitive interviews with 70-year-old persons. *Health Psychol Res*. 2018;6(1):6496.
109. Kahyaoğlu Süt H, Ünsar S. Is EQ-5D a valid quality of life instrument in patients with acute coronary syndrome? *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2011;11(2).
110. Hackert MQN, Exel JV, Brouwer WBF. Valid Outcome Measures in Care for Older People: Comparing the ASCOT and the ICECAP-O. *Value Health*. 2017;20(7):936-44.
111. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of chiropractic medicine*. 2016;15(2):155-63.
112. Portney LG WM. Foundations of clinical research:applications to practice. New Jersey: Prentice Hall; 2000.
113. Matheson GJ. We need to talk about reliability: making better use of test-retest studies for study design and interpretation. *PeerJ*. 2019;7:e6918.
114. Al-Janabi H, Flynn TN, Peters TJ, Bryan S, Coast J. Test-retest reliability of capability measurement in the UK general population. *Health Econ*. 2015;24(5):625-30.

115. Makai P, Koopmanschap MA, Brouwer WB, Nieboer AA. A validation of the ICECAP-O in a population of post-hospitalized older people in the Netherlands. Health and quality of life outcomes. 2013;11:57.
116. Hörder H, Gustafsson S, Rydberg T, Skoog I, Waern M. A Cross-Cultural Adaptation of the ICECAP-O: Test–Retest Reliability and Item Relevance in Swedish 70-Year-Olds. Societies. 2016;6(4):30.
117. Mitchell PM, Roberts TE, Barton PM, Pollard BS, Coast J. Predicting the ICECAP-O capability index from the WOMAC osteoarthritis index: is mapping onto capability from condition-specific health status questionnaires feasible? Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making. 2013;33(4):547-57.
118. Polat Ü, Kahraman BB. Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Fırat Tıp Drgisi. 2013;18(4):213-18.
119. Hackert MQN, van Exel J, Brouwer WBF. Does the ICECAP-O cover the physical, mental and social functioning of older people in the UK? Qual Life Res. 2019;28(3):761-70.
120. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. . Geneva: World Health Organization; 2017. No:978-92-4-155010-9.
121. Davis JC, Liu-Ambrose T, Richardson CG, Bryan S. A comparison of the ICECAP-O with EQ-5D in a falls prevention clinical setting: are they complements or substitutes? Quality of Life Research. 2013;22(5):969-77.
122. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005. 804-5 p.

8. EKLER

EK-1: ICECAP-O Orijinal Ölçek

ABOUT YOUR QUALITY OF LIFE

By placing a tick (✓) in ONE box in EACH group below, please indicate which statement best describes your quality of life at the moment.

1. Love and Friendship

- I can have all of the love and friendship that I want
- I can have a lot of the love and friendship that I want
- I can have a little of the love and friendship that I want
- I cannot have any of the love and friendship that I want

	4
	3
	2
	1

2. Thinking about the future

- I can think about the future without any concern
- I can think about the future with only a little concern
- I can only think about the future with some concern
- I can only think about the future with a lot of concern

	4
	3
	2
	1

3. Doing things that make you feel valued

- I am able to do all of the things that make me feel valued
- I am able to do many of the things that make me feel valued
- I am able to do a few of the things that make me feel valued
- I am unable to do any of the things that make me feel valued

	4
	3
	2
	1

4. Enjoyment and pleasure

- I can have all of the enjoyment and pleasure that I want
- I can have a lot of the enjoyment and pleasure that I want
- I can have a little of the enjoyment and pleasure that I want
- I cannot have any of the enjoyment and pleasure that I want

	4
	3
	2
	1

5. Independence

- I am able to be completely independent
- I am able to be independent in many things
- I am able to be independent in a few things
- I am unable to be at all independent

	4
	3
	2
	1

Tick
one
box
only in
each
section

EK-2: ICECAP-O İzin

UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

College of Medical and
Dental Sciences

Health Economics Unit

Professor Sibel Kiran
Hacettepe University
Institute of Public Health
Department of Occupational Health & Medicine
Sihhiye-Ankara, Turkey

28 May 2015

RE: User Registration, ICECAP-A and ICECAP-O

Dear Professor Kiran,

Thank you for submitting the User Agreement for your study: Translation and transcultural adaptation study of ICECAP-O and ICECAP-A in Turkish language.

We are happy for you to use the ICECAP-O and ICECAP-A instruments in this study and have added the study to our database.

With regard to the translation, I am satisfied that the methods you propose are robust and in keeping with the guidance offered on the ICECAP website. I would request please that we have an opportunity to see and approve the back translation (into English).

Please do let us know of any publications resulting from your work which you would like us to add to the references section of our website. And please do stay in contact to let us know progress with the translation.

Yours sincerely.

Dr Philip Kinghorn

EK-3: Transkültürel Uyum Aşamasında Yer Alan Uzmanlar

1. Rabia KAHVECİ, Doç Dr., Aile Hekimliği
2. Fatma Gökşin CİHAN, Doç. Dr., Aile Hekimliği
3. İrep KARATAŞ ERAY, Uzm. Dr., Aile Hekimliği
4. Sultan ESER, Doç. Dr., Halk Sağlığı
5. Nil TEKİN, Doç. Dr., Aile Hekimliği
6. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK, Doç. Dr., Aile Hekimliği
7. Sarp ÜNER, Prof. Dr., Halk Sağlığı
8. Şenay SOYLER, Türk Dili ve Edebiyatı
9. Sıdika TEKELİ, Doç. Dr., Halk Sağlığı
10. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ, Doç. Dr., Aile Hekimliği
11. Sibel KIRAN, Doç. Dr., Halk Sağlığı

EK-4: ICECAP-O Onay Yazısı

Fw: ICECAP-O TR

From: Philip Kinghorn [mailto:P.Kinghorn@bham.ac.uk]
To: Sibel Kiran <Sibel.Kiran@glasgow.ac.uk>
Cc: Joanna Coast <J.Coast@bham.ac.uk>; , <aylin.baydar@yahoo.com>
Subject: RE: ICECAP-O TR

Dear Sibel,

Many thanks for sending this across. I've had a look at the back-translation and I think it looks excellent. The wording of the levels on the third attribute (doing things that make you feel valuable) is a little awkward in English, but I appreciate this is a back translation, if you are happy that the Turkish text flows well and will be intuitive for respondents then I am happy with that.

I cannot see anything else that could be improved or which is of concern.

It certainly seems that the hard work has resulted in success.

Kind regards,

Phil



EK-5: ICECAP-O sosyodemografik anket

YAŞLILARDA “ICECAP-O” KAPASİTE ÖLÇEĞİ (ICEpop CAPability measure for Older people) NİN TÜRKÇE’YE UYARLANMASI ve GEÇERLİK -GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU

Sevgili Katılımcılar,

Yaşlılarda kapasite ölçütü “ICECAP-O”nun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Yüksek Lisans programı tez çalışmasıdır.

ICECAP-O, Birmingham Üniversitesi’nden bir grup araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir ölçek olup, yaşlı kişilerin sağlık durumlarından ziyade daha kapsamlı olarak “iyi olma durumları” üzerine odaklanmaktadır. Bu ölçek İngiltere’de yaşayan yaşlı kişiler için önemli olduğu saptanan iyi olma durumlarının boyutlarını kapsamaktadır. Bu boyutlar; “Bağlılık”, “emniyet”, “rol(görev)”, “keyif”, “bağımsızlık”tır. Bu çalışma orijinal ICECAP-O Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlanması ve Türkçe’de geçerli-güvenilir olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışma konusu itibarıyla türünde Türkiye’de ilk olma özelliği taşımaktadır. Çalışmadan elde edilecek sonuçların orta ve uzun vadede Türkiye’de 65 yaş ve üzerindeki kişilerin kapasitelerini korumak ve artırmak için yapılacak çalışmalara yol gösterici olacağı öngörülmektedir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz yanıtlamaya son verebilirsiniz. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Test tekrar test aşaması için katılımcının beyanı kısmında kimlik bilgilerinizi yazmanızı talep ediyoruz. Bu bilgiler gizli kalacak bu araştırma dışında kullanılmayacak ve hiç kimseye paylaşılmayacaktır.

Anket formu toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Beklenen tamamlanma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Sonrasında 3 adet ölçek uygulanacaktır.

Bu araştırmaya katıldığınız için size ücret ödenmeyecek ya da sizden ücret talep edilmeyecektir. Araştırmaya katılmadığınızda bu poliklinikte alacağınız hizmetlerle ilgili hiçbir sorunla karşılaşmayacaksınız.

Araştırmacı

Sorumlu araştırmacı

Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş

Doç. Dr. Sibel Kıran

Telefon: 0 505 687 91 05

Anketi cevaplayanın ;

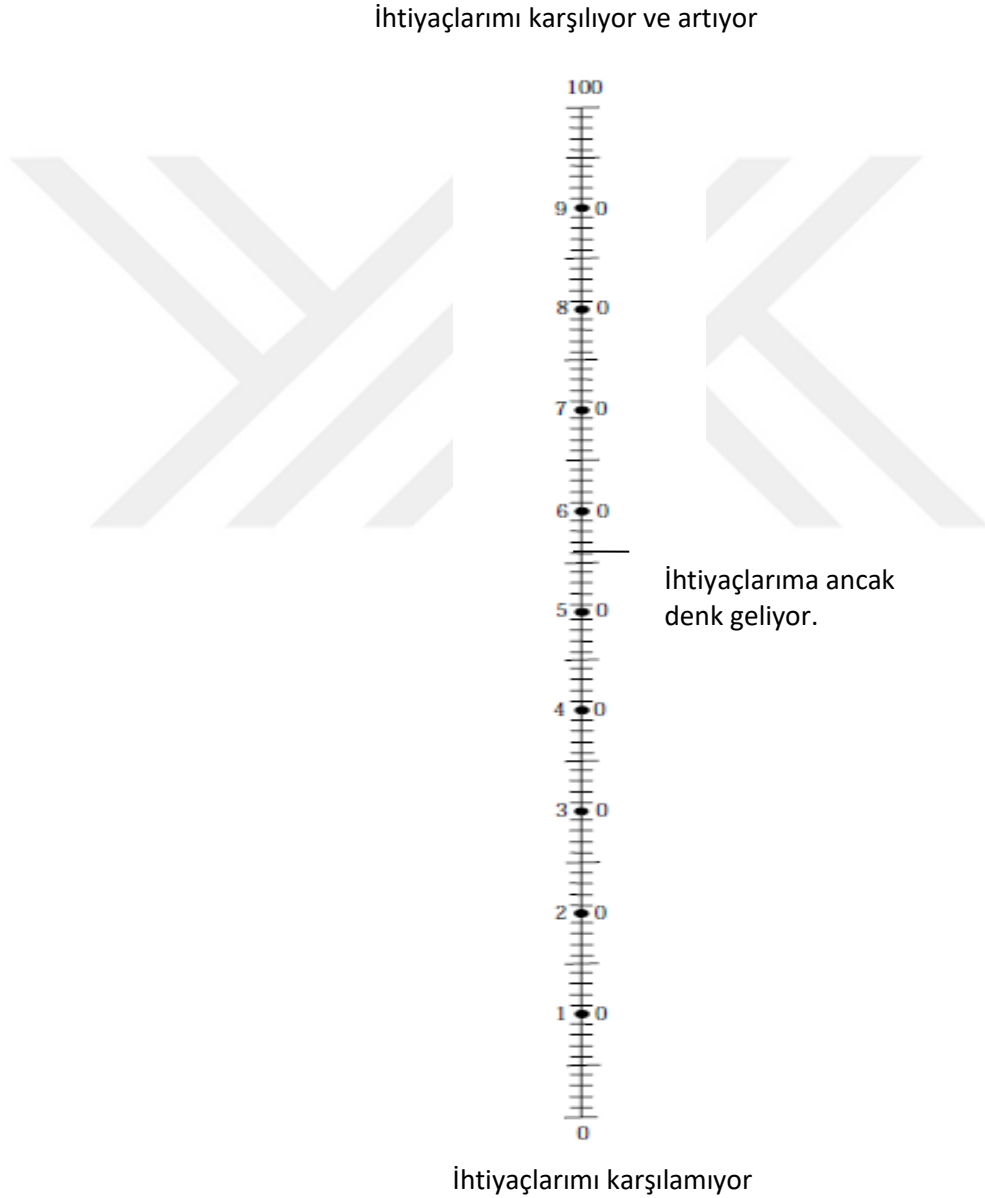
Adı Soyadı:

Telefon no:

1. Doğum tarihiniz nedir? (Yıl olarak kaydediniz):
2. Cinsiyetinizi belirtiniz: 1. Kadın 2. Erkek
3. Boyunuz kaç cm?
4. Kilonuz kaç kg?
5. Medeni durumunuz nedir? 1. Evli 2. Bekâr
3. Boşanmış 4. Dul (Eşi ölmüş) 5. Evliyim, eşimden ayrı yaşıyorum
6. Evinizde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
1. Yalnız
2. Eşimle birlikte
3. Çocuk(lar)la birlikte
4. Eşim ve çocuk(lar)la birlikte
5. Huzurevinde/bakımevinde yaşıyorum
6. Diğer
7. Eğitim durumunuz nedir?
1. Okur-yazar
2. İlkokul mezunu
3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu
5. Üniversite/Yüksek okul mezunu
8. Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
1. Hayır → 10. soruya geçiniz 2. Evet
9. Ne iş yapıyorsunuz?
10. Herhangi bir işten emekli oldunuz mu?
1. Hayır → 12. soruya geçiniz 2. Evet
11. Ne iş yapıyordunuz?
12. Ailenizin gelir durumunu nasıl tarif edersiniz?
1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

13.

Gelir durumunuzun ne kadar iyi veya kötü olduğunu ifade edebilmede yardımcı olabilmek için 0 ile 100 arasında (termometreye oldukça benzeyen) bir ölçek çizdik. Bu ölçekte “0” gelirinizin ihtiyaçlarınızı karşılamadığını, “50” gelirinizin ihtiyaçlarınıza ancak denk geldiğini, “100” ise gelirinizin ihtiyaçlarınızı karşıladığı ve arttığı anlamına gelmektedir. Buna göre ölçek üzerinde kendi gelir durumunuzu en iyi yansıtan puanı göstermenizi istiyoruz. Lütfen bunu (şu anki gelir durumunuzu gösteren noktayı) ölçek üzerinde işaretleyerek gösteriniz.



14. Sigara içiyor musunuz?

1. Hiç içmedim → 17. Soruya geçiniz.
2. İçiyordum, bıraktım → Günde adet , yıl sigara içtim.
3. Halen içiyorum

15. Halen sigara içiyorsanız ortalama günde kaç tane içiyorsunuz?

1. 10 taneden daha az (0 puan)
2. 11-20 arası (1 puan)
3. 21-30 arası (2 puan)
4. 31 ve üzeri (3 puan)

16. Uyandıktan sonra ilk sigaranızı ne zaman içersiniz?

1. İlk 5 dakika içerisinde (3 puan)
2. 6-30 dakika içerisinde (2 puan)
3. 31-60 dakika içerisinde (1 puan)
4. 60 dakikadan sonra (0 puan)

17. Alkollü içecek tüketiyor musunuz? (Cevabınız hayırsa 19. Soruya geçiniz.)

1. Hayır
2. Nadiren
3. Ara sıra
4. Sıklıkla/düzenli olarak
5. Her zaman (akşamcı)

18. Alkollü içecek tüketiyorsanız miktarını ve hangi sıklıkta olduğunu belirtiniz.

İçecek	Tek seferde miktar	Günde kaç kez	Hangi sıklıkta
Bira, şarap gibi fermente içkiler (bir ölçü: bir bira bardağı, bir yarım kadeh)			
Viski, rakı, gibi distile içkiler (bir ölçü: tek rakı, tek viski vb)			

19. Alkol içmenizle ilgili aşağıdaki soruları, kendi durumunuza uygun olup olmadığına göre “evet” veya “hayır” olarak cevaplayınız.

	Hayır	Evet
Şimdiye kadar alkolü kesmeniz ya da azaltmanız gerektiğini hissettiniz mi ?		
İçmenizle ilgili olarak başkalarının eleştirilerinden dolayı kendinizi kötü veya suçlu hissettiniz mi ?		
Şimdiye kadar içmenizden dolayı kendinizi kötü veya suçlu hissettiniz mi ?		
Şimdiye kadar hiç sinirleriniz yatıştırmak veya akşamdan kalma halinizi gidermek amacıyla sabah ilk iş olarak alkol içtiniz mi?		

20. Düzenli egzersiz yapar mısınız?

1. Hayır → 21. soruya geçiniz. 2. Evet

21. Hangi tür egzersizi ne sıklıkta yapıyorsunuz?

	Egzersiz türü	Sıklık (haftada kaç gün, kaç dakika)
1.		
2.		
3.		

22. Hekim tarafından tanı konulmuş süreğen (kronik) bir hastalığınız var mı?

1. Hayır 2. Evet

23. Böyle bir hastalığınız varsa nedir/nelerdir?

1. Hipertansiyon(Yüksek tansiyon)	8. Osteoartrit (Kireçlenme)
2. Diyabetes Mellitus (Şeker hastalığı)	9. Depresyon
3. Kalp Hastalığı	10. Serebrovasküler Hastalık
4. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	11. Mide rahatsızlıkları (gastrit, reflü, ülser)
5. Anemi(Kansızlık)	12. Diğer
6. Böbrek hastalığı	
7. Kanser	

24. Sürekli kullandığınız ilaç(lar) var mı?

1. Hayır 2. Evet → Lütfen belirtiniz:

25. Mutluluk düzeyinizi 1'den 10'a kadar puanlayacak olsanız kendinizi nasıl değerlendirirsiniz? Lütfen rakamın üzerini işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
↓									↓
Çok mutsuzum (en düşük derece)					Çok mutluyum (en yüksek derece)				

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK-6: ICECAP-O Türkçe Versiyonu

YAŞAM KALİTENİZ HAKKINDA

Aşağıdaki her gruptan bir kutucuğa (✓) işareti koyarak, hangi ifadenin sizin şu anki yaşam kalitenizi en iyi tanımladığını lütfen belirtiniz.

1. Sevgi ve arkadaşlık İstediğim kadar sevgiye ve arkadaşlığa sahip olabilirim İstediğim sevginin ve arkadaşlığın çoğuna sahip olabilirim İstediğim sevginin ve arkadaşlığın birazına sahip olabilirim İstediğim sevgi ve arkadaşlığı alamıyorum	<table border="1"> <tr><td></td><td>4</td></tr> <tr><td></td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td>1</td></tr> </table>		4		3		2		1	Her bölümde sadece bir kutucuk işaretleyin
	4									
	3									
	2									
	1									
2. Gelecek hakkında düşünme Gelecek hakkında hiçbir endişe duymadan düşünebilirim Gelecek hakkında yalnızca çok az endişe duyarak düşünebilirim Gelecek hakkında ancak biraz endişe duyarak düşünebilirim Gelecek hakkında ancak çok fazla endişe duyarak düşünebilirim	<table border="1"> <tr><td></td><td>4</td></tr> <tr><td></td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td>1</td></tr> </table>		4		3		2		1	
	4									
	3									
	2									
	1									
3. Kendinizi değerli hissettiren şeyleri yapma Kendimi değerli hissettiren şeylerin hepsini yapabiliyorum Kendimi değerli hissettiren şeylerin çoğunu yapabiliyorum Kendimi değerli hissettiren şeylerin birkaçını yapabiliyorum Kendimi değerli hissettiren şeylerin hiçbirini yapamıyorum	<table border="1"> <tr><td></td><td>4</td></tr> <tr><td></td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td>1</td></tr> </table>		4		3		2		1	
	4									
	3									
	2									
	1									
4. Haz ve Keyif İstediğim haz ve keyfin tümüne sahip olabilirim İstediğim haz ve keyfin çoğuna sahip olabilirim İstediğim haz ve keyfin birazına sahip olabilirim İstediğim haz ve keyfe sahip olamıyorum	<table border="1"> <tr><td></td><td>4</td></tr> <tr><td></td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td>1</td></tr> </table>		4		3		2		1	
	4									
	3									
	2									
	1									
5. Bağımsızlık Tamamen bağımsız olabiliyorum Çoğu şeyde bağımsız olabiliyorum Birkaç şeyde bağımsız olabiliyorum Hiçbir şekilde bağımsız olamıyorum	<table border="1"> <tr><td></td><td>4</td></tr> <tr><td></td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td>1</td></tr> </table>		4		3		2		1	
	4									
	3									
	2									
	1									

EK-7: Genel Sağlık Anketi

GENEL SAĞLIK ANKETİ-12

Kılıç, 1996

İsim:.....
Tarih:.....

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz :

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.

SON ZAMANLARDA

Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
Yaptığımız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz ?	her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz ?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık hissetmiyorum
Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok sık
Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	hayır, hiç kaybetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden fazla	çok fazla
Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz ?	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık

TOPLAM : ____

Kılıç C (1996) Genel Sağlık Anketi: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 7: 83-89.

EK-8: EQ-5D-3L Türkçe Versiyonu

EQ-5D GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

A- Hareket

- 1() Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
- 2() Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Yatalağım

B- Öz-bakım

- 1() Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
- 2() Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler

(örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

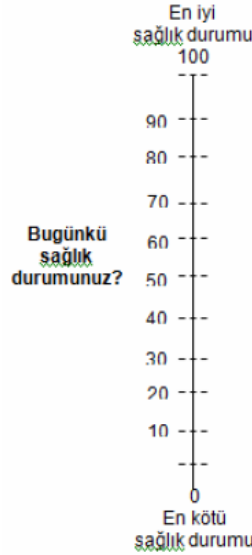
- 1() Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
- 2() Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

- 1() Ağrı veya rahatsızlığım yok
- 2() Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var
- 3() Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

E- Anksiyete/Depresyon

- 1() Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
- 2() Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- 3() Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk



EK-9: EQ-5D-3L izin

21.06.2016

EQ-5D registration - sibelkiran@gmail.com - Gmail

			Gelen Kutusuna taşı		Diğer
--	--	--	---------------------	--	-------

EQ-5D registration Gelen Kutusu x

 **Mandy van Reenen** rhir9lznv22emrjm.ugtfvb.d-qfg7mam.eu4.bnc.salesforce.com [üzer](#) 26 May ☆

Alıcı: bana

Resimler gösterilmemektedir.

[Resimleri aşağıda göster](#) - vanreenen@euroqol.org adresinden gelen resimler her zaman gösterilsin

İngilizce Türkçe İletiyi çevir İngilizce için ka

Dear Ms. / Mr. Sibel Kiran,

Thank you for registering your research at the EuroQol Research Foundation's website.

As the study "Comparison with A self-report measure of capability wellbeing for older: the ICECAP-O" you register involves low patient numbers (350) you may use the EQ-5D-3L Paper version free of charge. Please note that sepa permission is required if any of the following is applicable:

- Funded by a pharmaceutical company, medical device manufacturer or other profit-making stakeholder;
- Routine Outcome Measurement;
- Developing or maintaining a Registry;
- Digital representations (e.g. PDA, Tablet or Web)

Please find attached the Turkish (Turkey) EQ-5D-3L Paper version (in MS Word format). A brief user guide is downloadable from the EuroQol website (www.euroqol.org).

Kind regards,

Bianca Smit
Communications Officer
EuroQol Research Foundation
T: [+31 884400190](tel:+31884400190)
E: smit@euroqol.org
W: www.euroqol.org

EK-10: Kurum İzni

T.C. Sağlık Bakanlığı

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
- ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
14/10/2016 07:58 - 28295788 - 799 - E.8684



Sayı : 28295788-799
Konu : Klinik Araştırma İzini

Sayın Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

İlgi : 04/10/2016 tarihli ve 28295788 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Epidemiyoloji Yüksek Lisans öğreniminiz bünyesinde yapmayı planladığınız "ICECAP-O Kapasite Ölçeğinin [ICEpop CAPability measure for Older people (ICECAP-O)] Türkçeye Uyarlanması ve Sağlık Kurumuna Başvuran Yaşlılarda Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması" başlıklı tez çalışmanızı, Hastanemiz Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapmanız ve sunduğunuz veri toplama araçlarını gönüllü olan katılımcılara uygulamanız Klinik Şefliğimiz ve Yöneticiliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini rica ederim.

Doç.Dr.Levent ÖZTÜRK
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

Bilkent Yolu Lodumlu Mevkii 3. kilometre

Faks No:3122912726

e-Posta:ruyam.akin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Eğitim Planlama Birimi

Bilgi için:Rüyam AKIN

Unvan:TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No:3122912525-4064

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bb4a8d79-c6d4-4989-a875-b84c5f920b75 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-11: Etik Kurul İzni

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 706

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 13 TEMMUZ 2016 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2016/14
Proje No : GO 16/453(Değerlendirme Tarihi : 13.07.2016)
Karar No : GO 16/453- 38

Üniversitemiz Halk Sağlığı Enstitüsü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sibel KIRAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu ve Uzm. Dr. Aylin Baydar ARTANTAŞ'ın Yüksek Lisans Tezi olan, GO 16/453 kayıt numaralı ve *"ICECAP-O Kapasite Ölçeğinin [ICEpop CAPability measure for Older people (ICECAP-O)] Türkçe'ye Uyarlanması ve Sağlık Kurumuna Başvuran Yaşlılarda Geçerlik-Güvenilirlik Çalışması "* başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| 1.Prof. Dr. Sevda F. İ | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİRO |
| 2. Prof. Dr. Nurten A | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldır | İZİNLİ |
| 4. Prof. Dr. Necdet S. | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN |
| 5. Prof. Dr. Hatice D. | İZİNLİ |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUF |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale | İZİNLİ |
| 8. Prof. Dr. Elmas Eb | 14.Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KUF |
| 9. Prof. Dr. Mintaze İ | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TU |
| | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR |
| | İZİNLİ |
| | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGEL |
| | İZİNLİ |
| | 18. Av. Meltem ONURLU |

EK-12: Ek Tablo. Test-Tekrar Teste katılan grup ve katılmayan grubun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Özellik		Test-Tekrar Teste Katılanlar(n=40) n (%)	Tekrar Teste Katılmayanlar (n=199) n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	21(52,5)	108(54,3)	0,837*
	Erkek	19(47,5)	91(45,7)	
Yaş	65-74	32(80,0)	149(74,9)	0,787*
	75-84	6(15,0)	38(19,1)	
	85+	2(5,0)	12(6)	
	65-74 75+	32(80,0) 8(20,0)	149(74,9) 50(25,1)	0,490*
Medeni durum	Evli	28(70,0)	140(70,4)	0,965*
	Evli değil	12(30,0)	59(29,6)	
Birlikte yaşadığı kişi(ler)	Yalnız	5(12,5)	35(17,6)	0,432*
	Yalnız değil	35(87,5)	164(82,4)	
	Eş ve/veya çocuk	28(70,0) 12(30,0)	164(68,6) 75(31,4)	0,837*
	Diğer			
Eğitim durumu	Düşük	23(57,5)	134(67,3)	0,086*
	Orta	3(7,5)	26(13,1)	
	Yüksek	14(35)	39(19,6)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	3(7,5)	16(8)	>0,99**
	Çalışmıyor	37(92,5)	183(92)	
Emeklilik durumu	Emekli	27(67,5)	115(57,8)	0,254*
	Emekli değil	13(32,5)	84(42,2)	
Gelir durumu-1	Kötü	1(2,5)	19(9,5)	0,135*
	Orta	24(60,0)	130(65,3)	
	İyi	15(37,5)	50(25,1)	
Gelir durumu-2 (puan)	≤50	26(65,0)	117(58,8)	0,465*
	>50	14(35,0)	82(41,2)	

*Pearson Ki-Kare, ** Fisher's Exact Test

EK-13: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Aylin Baydar Artantaş
 Ödev başlığı: ICECAP-O KAPASİTE ÖLÇEĞİNİN [..
 Gönderi Başlığı: ICECAP-O KAPASİTE ÖLÇEĞİNİN [..
 Dosya adı: Aylin-TEZ_22.02.2021.docx
 Dosya boyutu: 3.69M
 Sayfa sayısı: 127
 Kelime sayısı: 25,259
 Karakter sayısı: 174,840
 Gönderim Tarihi: 22-Şub-2021 02:36PM (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 1515143919



EK-14: Orijinallik Raporu

ICECAP-O KAPASİTE ÖLÇEĞİNİN [ICEPOP CAPABILITY MEASURE FOR OLDER PEOPLE (ICECAP-O)] TÜRKÇE'YE UYARLANMASI VE SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURAN YAŞLILARDA GEÇERLİK- GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

ORIJINALLIK RAPORU

% 14	% 14	% 4	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%2
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%2
3	auzefkitap.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	www.sanalakademi.net İnternet Kaynağı	<%1
5	www.ctf.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
7	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	docplayer.biz.tr	