



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

Yüksek Lisans Tezi

**ORTOPEDİ KLİNİĞİNDE YATAN YAŞLI HASTALARDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE ÖZ-BAKIM GÜCÜ İLİŞKİSİ**

Samed KAPU
ORCID: 0000-0001-9626-5334

Danışman
Doç. Dr. Saide FAYDALI
ORCID: 0000-0001-7923-689X

Bu tez çalışması Necmettin Erbakan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Koordinatörlüğü tarafından 23YL9003 numaralı proje ile desteklenmiştir.

Konya – 2024

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin ders döneminde bilgilerini, tecrübelerini ve desteklerini bizlerle paylaşan kıymetli Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi hocalarıma;

Beni her zaman destekleyen ve yanımda olan değerli aileme;

Bilgisi ve tecrübesi ile her zaman yanımda olan meslektaşım ve ablam Esra KAVAKLI'ya;

Yüksek lisans eğitimimin en başından en sonuna kadar her anda, her aşamada yolumu aydınlatan kıymetli mentorüm, danışman hocam Doç. Dr. Saide FAYDALI'ya,

Tez savunması sırasında çalışmama katkı veren değerli jüri üyelerine teşekkürü bir borç bilirim.

Samed KAPU

Haziran 2024

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-------------|
| ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR..... | iii |
| İÇİNDEKİLER..... | iv |
| TEZ ONAY SAYFASI | vi |
| TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU | vii |
| BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ | viii |
| KISALTMALAR..... | ix |
| ÖZET | xii |
| ABSTRACT..... | xiii |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 5 |
| 2.1. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları ve Cerrahi Tedavi..... | 5 |
| 2.1.1. Kırıklar | 5 |
| 2.1.2. Karpal tünel sendromu | 6 |
| 2.1.3. Osteomyelit | 7 |
| 2.1.4. Kemik tümörleri | 8 |
| 2.1.5. Skolyoz..... | 9 |
| 2.1.6. Menisküs yaralanmaları | 10 |
| 2.1.7. Halluks valgus | 10 |
| 2.1.8. Rotator cuff yaralanması | 11 |
| 2.1.9. Pes ekinovarus | 11 |
| 2.1.10. Osteoartrit | 12 |
| 2.1.11. Romatoid artrit..... | 12 |
| 2.2. Yaşlı Bireylerde Ortopedi | 13 |
| 2.3. Dorothea Elizabeth Orem ve Öz Bakım Eksikliği Teorisi..... | 14 |
| 2.3.1. Öz bakım ve öz bakım eksikliği teorisi..... | 14 |
| 2.3.2. Öz bakım gücü..... | 15 |
| 2.4. Sağlık Okuryazarlığı | 15 |
| 2.4.1. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı | 16 |
| 2.5. Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü İlişkisi..... | 16 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM..... | 19 |
| 3.1. Araştırmanın Türü | 19 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 19 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni..... | 19 |
| 3.4. Araştırmanın Örneklemi | 19 |
| 3.5. Dahil Edilme Kriterleri | 20 |
| 3.6. Dışlama Kriterleri | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları..... | 21 |
| 3.7.1. Anket Formu/Tanımlayıcı Özellikler Formu/Sosyodemografik Bilgi Formu | 21 |
| 3.7.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği | 21 |
| 3.7.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği | 22 |
| 3.8. Verilerin Toplanması | 22 |
| 3.9. Araştırmanın Değişkenleri | 22 |
| 3.10. Araştırmanın Etik Boyutu | 22 |
| 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları | 23 |
| 3.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi | 23 |
| 4.BULGULAR..... | 25 |
| 4.1. Hastaların Özellikleri..... | 26 |
| 4.2. Ölçeklere İlişkin Tanıtıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Sonuçları | 28 |
| 4.3. Hastaların Özelliklere Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması | 29 |
| 4.4. Hastaların Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması | 34 |
| 4.5. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler ve Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Öz Bakım Gücü Puanları Üzerinde Etkisi | 35 |
| 4.6. Hastaların Öz Bakım Gücü Puanlarını Etkileyen Faktörler | 36 |
| 5. TARTIŞMA | 37 |
| 5.1. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tartışılması | 37 |
| 5.2. Hastaların Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puanlarının Tartışılması..... | 39 |
| 5.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Tartışılması | 40 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 43 |
| 6.1. Sonuç..... | 43 |
| 6.2. Öneriler | 43 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 45 |
| 8. EKLER..... | 51 |
| 8.1. EK 1 Anket Formu..... | 51 |
| 8.2. EK 2 Öz-Bakım Gücü Ölçeği..... | 52 |
| 8.3. EK 3 Sağlık Okuryazarlık Ölçeği..... | 53 |
| 8.4. EK 4 Etik Kurul İzni..... | 54 |
| 8.5. EK 5 Kurum İzni | 55 |
| 8.6. EK 6 Ölçek Kullanım İzinleri | 56 |
| 8.6.1. Sağlık okuryazarlık ölçeği..... | 56 |
| 8.6.2. Öz-bakım gücü ölçeği | 56 |
| 8.7. EK 7 Aydınlatılmış Onam Formu | 57 |

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Samed KAPU**'nun "**Ortopedi Kliniğinde Yatan Yaşlı Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 25/06/2024

| | |
|---------------|--|
| Tez Danışmanı | Doç.Dr. Saide FAYDALI Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi |
| Jüri Üyesi | Dr. Öğr. Üyesi Serpil SU Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik AD / Hemşirelik Esasları Programı |
| Jüri Üyesi | Dr. Öğr. Üyesi Pınar TUNÇ TUNA Selçuk Üniversitesi / Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu / Hemşirelik AD |

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 10/07/2024 tarih ve 14./08 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL

Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Ortopedi Kliniğinde Yatan Yaşlı Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi başlıklı tez çalışmamın toplam 70 sayfalık kısmına ilişkin, 29.05.2024 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%18** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

31.05.2024

İmza

Öğrenci Samed KAPU

İmza

Danışman Doç. Dr. Saide FAYDALI

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

25.06.2024

İmza

Öğrenci Samed KAPU

KISALTMALAR

ALP: Alkalen Fosfotaz

BM: Birleşmiş Milletler

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KTS: Karpal Tünel Sendromu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



TABLolar LİSTESİ

| Tablo No | Sayfa No |
|---|----------|
| Tablo 3. 1. Değişkenler için normallik incelemesi (n=96)..... | 23 |
| Tablo 4. 1. Hastaların demografik özellikleri (n=96) | 26 |
| Tablo 4. 2. Hastaların tedavi ve bakım özellikleri (n=96) | 27 |
| Tablo 4. 3. Ölçeklere ilişkin tanıttıcı istatistikler ve güvenilirlik sonuçları | 28 |
| Tablo 4. 4. Hastaların özelliklerine göre bilgiye erişim puanlarının karşılaştırılması .. | 29 |
| Tablo 4.5. Hastaların özelliklerine göre bilgileri anlama puanlarının karşılaştırılması | 30 |
| Tablo 4.6. Hastaların özelliklerine göre değer biçme / değerlendirme puanlarının karşılaştırılması. | 31 |
| Tablo 4. 7. Hastaların özelliklerine göre uygulama/kullanma puanlarının karşılaştırılması | 32 |
| Tablo 4. 8. Hastaların özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının karşılaştırılması | 33 |
| Tablo 4. 9. Hastaların özelliklerine göre öz bakım gücü puanlarının karşılaştırılması | 34 |
| Tablo 4. 10. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve boyutları ile öz bakım gücü ölçeği arasındaki ilişkiler (n=96)..... | 35 |
| Tablo 4. 11. Sağlık okuryazarlığı puanlarının öz bakım gücü puanları üzerinde etkisi (n=96)..... | 35 |
| Tablo 4. 12. Öz bakım gücü puanlarını etkileyen faktörler (n=96). | 36 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| Şekil No | Sayfa No |
|---|----------|
| Şekil 3.1. Örneklem büyüklüğünü belirlemeye yönelik güç analizi | 19 |
| Şekil 3.2. Post-hoc güç analizi | 19 |



ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği
Yüksek Lisans Tezi

ORTOPEDİ KLİNİĞİNDE YATAN YAŞLI HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÖZ BAKIM GÜCÜ İLİŞKİSİ

Samed KAPU

Konya-2024

Yaşlanma insanlar için kaçınılmaz olan; bireyin davranışlarında ve fonksiyonlarında önemli değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Yaşlanmayla birlikte kas-iskelet sistemi problemleri de artmaktadır. Ortopedik cerrahi, yaşlılara en fazla uygulanan cerrahi operasyonlar arasında yer almaktadır. Bu işlemler yaşlı bireyin öz bakım gücünü etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı doğru sağlık kararları almak için sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerisidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin öz bakım gücünü etkileyeceği düşünülmüştür. Bu çalışmanın amacı ortopedi kliniğinde yatan yaşlı hastalarda sağlık okuryazarlığı ve öz bakım gücü ilişkisini belirlemektir.

Araştırma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde tedavi olan 96 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verileri 15 Temmuz 2023 - 16 Mart 2024 tarihleri arasında hastaların özelliklerini içeren Anket Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya ameliyat sonrası I. gününde olan, okuma-yazma bilen, 60 yaş ve üzeri ortopedi hastaları dahil edilmiştir. Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin izni alınmıştır. Verilerin toplanmasından önce, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastaların aydınlatılmış onamları yazılı olarak alınmıştır. Araştırma verilerinin analizinde Bağımsız Örneklem t Test, ANOVA, Bonferroni testi, Pearson korelasyon katsayısı, doğrusal ve çoklu regresyon kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları $87,93 \pm 19,58$ iken, öz bakım gücü puan ortalamaları $90,41 \pm 19,84$ olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı güçlü ilişki bulunmuştur ($r=0,756$; $p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı puanı, öz bakım gücü puanlarını %57,2 düzeyinde açıklamaktadır. Sağlık okuryazarlığı puanındaki bir birimlik artışın, öz bakım gücü puanını 0,766 puan arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Çoklu regresyon modellemesine göre; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalığı olma, yardımcı araç/gereç kullanımı, hastanın yaşadığı sorunların varlığı ve sağlık okuryazarlığı puanı, öz bakım gücü puanlarını %63 düzeyinde açıklamaktadır.

Sonuç olarak, ortopedik cerrahi geçiren yaşlıların sağlık okuryazarlıkları düzeyi ortalamanın biraz üzerinde; öz bakım gücü düzeyleri ortalamanın üstünde bulunmuştur. Yaşlı ortopedi hastalarının sağlık okuryazarlığı ile öz bakım güçleri arasında pozitif yönlü güçlü ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığının parçaları olan bilgiye erişim, bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin kazanımı ile bireylerin öz bakım faaliyetlerini bağımsız bir şekilde yerine getirebilme kapasitesi artacaktır. Klinik tedavi ve bakım sürecinde yaşlı hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırmanın yanı sıra, öz bakım gücünü etkilediği bulunan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalığı olma, yardımcı araç/gereç kullanımı, hastanın yaşadığı sorun olup olmasının tedavi ve bakımın planlanmasında dikkate alınması önerilir. Sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanma, karar verme yeteneğinin artması ve sağlık sonuçlarının iyileşmesi gibi konulara ilişkin etkisinin de araştırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Ortopedi, Öz bakım, Sağlık okuryazarlığı, Yaşlı

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing
Surgical Nursing
Master Thesis

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND SELF-CARE AGENCY IN ELDERLY PATIENT HOSPITALIZED IN THE ORTHOPEDICS CLINIC

Samed KAPU

Konya-2024

Aging is an inevitable process for humans, characterized by significant changes in behavior and functions. Musculoskeletal system problems also increase with aging. Orthopedic surgery is among the most common surgical operations performed on the elderly. These procedures affect the self-care agency of elderly individuals. Health literacy is the ability to understand and use health information to make appropriate health decisions. It is thought that the level of health literacy will affect self-care agency. This study aims to determine the relationship between health literacy and self-care agency in elderly patients hospitalized in the orthopedic clinic.

The research was conducted with 96 patients treated at the Orthopedics and Traumatology Clinic of Necmettin Erbakan University Medical Faculty Hospital. Data for the study were collected between July 15, 2023, and March 16, 2024, using a Questionnaire containing the patients' characteristics, the Health Literacy Scale, and the Self-Care Agency Scale. Orthopedic patients who were on the first day after surgery, who could read and write, and who were 60 years of age and older were included in the study. The approval of Necmettin Erbakan University Health Sciences Ethics Committee and Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine Hospital was obtained for the research. Before data collection, written informed consent was obtained from patients who volunteered to participate in the study. In the statistical analysis of study, Independent Sample t-Test, ANOVA, Bonferroni test, Pearson correlation coefficient, linear and multiple regression were used.

The results showed that the means of Health Literacy Scale score of the participants was 87.93 ± 19.58 , while the means of Self-Care Agency Scale score was 90.41 ± 19.84 . As a result of the research, a positive, statistically significant, strong correlation was found between health literacy and self-care agency scores ($r=0.756$; $p<0.05$). The health literacy score explains the self-care agency scores at a level of 57.2%. It was concluded that a one-unit increase in the health literacy score increased the self-care ability score by 0.766 points. According to multiple regression modeling; Age, gender, educational status, chronic disease, use of auxiliary tools/equipment, presence of problems experienced by the patient and health literacy score explain the self-care agency scores at a level of 63%.

As a result, the health literacy level of elderly patients undergoing orthopedic surgery were found to be slightly above mean, while their self-care agency were found to be above mean. A strong positive relationship between health literacy and self-care agency of elderly orthopedic patients has been identified. The acquisition of access to information, understanding, evaluation and application skills, which are parts of health literacy, will increase the capacity of individuals to perform self-care activities independently. In addition to increasing the health literacy levels of elderly patients during the clinical treatment and care process, it is recommended that age, gender, educational status, chronic disease, use of auxiliary tools/equipment, and whether the patient has any problems, which are found to affect self-care ability, should be taken into consideration in planning treatment and care. It is also important to investigate the impact of health literacy on issues such as more effective use of health services, increased decision-making ability and improvement of health outcomes.

Keywords: Elderly, Health literacy, Orthopedics, Patient, Self-care

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma insanlar için kaçınılmaz olan; bireyin davranışlarında ve fonksiyonlarında önemli değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir (Dinçer ve Kurşun, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı “çevresel etkenlere uyum sağlama yeteneğinin azalması” olarak tanımlamıştır. DSÖ’nün 1963’te yaptığı sınıflandırmada “60-74 yaş arası bireyler yaşlı, 75 yaş ve üzeri bireyler ileri yaşlı” olarak kabul edilmiştir. 1998 yılında yapılmış sınıflandırmada ise “60-74 yaş aralığındaki dönem erken yaşlılık; 74-84 yaş arasındaki dönem yaşlılık ve 85 yaş ve üzeri ileri yaşlılık” olarak kabul edilmiştir. Birleşmiş Milletlere (BM) göre 60 yaş ve üzerindeki bireyler yaşlı olarak kabul edilmektedir (Bölüktaş, 2019). BM verilerine göre 2022 yılında dünya düzeyinde insanların yaklaşık %10’u (771 milyon) 65 yaş ve üzerinde ve 1980 yılının (258 milyon) 3 katıdır. Genç nüfusa oranla, yaşlı nüfusun artması toplumların ekonomik, sosyal ve sağlık yapısını önemli ölçüde etkiler. Yaşlı nüfus oranının 2022 ile 2050 yılları arasında küresel olarak artacağı; 2030’da yaklaşık %12’ye (994 milyona), 2050’de ise %16’ya (1,6 milyara) ulaşacağı öngörülmektedir. Avrupa ve Kuzey Amerika’nın en yüksek, Afrika’nın en düşük yaşlı nüfus oranına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu verilere göre; 2050 yılına kadar Avrupa ve Kuzey Amerika’daki her dört kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olabileceği tahmin edilmektedir (United Nations, 2022). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2018 yılındaki raporuna göre ülkemizde bulunan yaşlı birey sayısı 7 milyon 186 bin 204 kişi iken, 2023 yılına geldiğimizde bu sayı %21,4’lük bir artışla 8 milyon 722 bin 806 kişiye çıkmıştır. Geçen 5 yılda yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %8,8’den, %10,2’ye yükseldiği belirlenmiştir. TÜİK tahminlerine göre bu oranın 2030 yılında %12,9’a 2040 yılında ise %16,3’e ulaşması beklenmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Yaşlanmayla beraber yıllar boyu bize hizmet eden bedenimizin bazı bölümlerinde aksamaların ve aşınmaların olması doğaldır. Özellikle kas-iskelet sistemi problemlerinde artış olmaktadır. Kas-iskelet sisteminde ortaya çıkan sorunlar; yeme-içme, hijyen gibi yaşamsal temel ihtiyaçlarımızın ve gündelik aktivitelerimizin kısıtlanmasına yol açar. Yaşlanmayla beraber görme bozuklukları, işitme sorunları, kas-iskelet sistemi hastalıklarına bağlı yürüme bozuklukları yaşlı bireyin düşme riskinin artırır. Artan osteoporoz ve dejenerasyon bireyde basit düşmelerde veya küçük darbelerde bile kırıkların oluşmasına yol açar. Kırıklar ise uzun süreli hareketsizlik, akciğer sorunları, basınç yaraları, iyileşmede gecikme gibi olumsuz bir tablo ortaya çıkarır (Çopuroğlu ve Heybeli, 2011). Yaşlılık döneminin başlıca engellilik nedeni olan osteoartritin de 60 yaş üstü erkeklerde %9,6, kadınlarda ise %18 oranında bulunduğu belirlenmiştir (Savcı ve Bilik, 2014; Yalıman, 2020). Ortopedik ameliyatlara yaşlılara en fazla

uygulanan cerrahi işlemler arasında yer almaktadır (Dıgım ve Kızılcık Özkan, 2021; Usta ve Aygin, 2015). Ortopedi ameliyatları öncesi, sırası ve sonrasında hastalar günlük faaliyetlerini ve öz bakımlarını eksiksiz ve bağımsız olarak yerine getirmekte güçlük yaşarlar. Ortopedi hastalarının diğer cerrahi hastalarına göre; fiziksel aktivite düzeylerinin kısıtlı olması sebebiyle iyileşmelerinin daha zor ve daha fazla zaman aldığı söylenebilir (Dıgım ve Kızılcık Özkan, 2021). Yaşlıların yaşadığı kas ve iskelet sistemi sorunlarına diğer kronik hastalıkların eklenmesi ile öz bakım gücü daha da azalmaktadır (Erci ve ark., 2017; Yıldırım ve Ark., 2007). Bu nedenle yaşlıların öz bakım faaliyetlerinin yerine getirilmesinde hemşirelere önemli görevler düşer.

Hemşire, ortopedi hastasının bağımsız olarak yerine getiremediği veya zorluk yaşadığı; beslenme, mobilizasyon, banyo, temizlik, giyinme ve tualete gitme gibi öz bakım faaliyetlerinde hastayı destekler. Öz bakım faaliyetleri yerine getirilmeyen hastalar malnütrisyon, dolaşım bozukluğu, stres, enfeksiyon, ödem ve psikososyal sorunlar yaşayabilir. Hastada öz bakım eksikliğinin bulunması uygulanan tedavinin olumsuz sonuçlanmasına, iyileşme süresinin uzamasına, mevcut hastalığa ek olarak yeni hastalıkların yaşanmasına ve revizyon cerrahisine ihtiyaç duyulmasına yol açabilir (Kaya, 2020; Kısaç ve Babaoğlu, 2021). Dal ve ark.'nın (2012) yapmış olduğu; "Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar" başlıklı çalışmada cerrahi tedavi görmüş; ortopedi ve travmatoloji kliniğinden taburcu olan 57 hastanın 44'ünün öz bakım eksikliği olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ortopedik cerrahi tedavi uygulanan hastaların diğer hastalardan daha fazla sırası ile ağrı, egzersiz, dolaşım ve ardından öz bakıma ilişkin sorunlar yaşadıkları vurgulanmıştır. Öz bakım gücünü kaybeden hastanın bağımsız olarak kendi bakımını sağlayabileceği döneme kadar profesyonel hemşirelik bakımı alması sağlanmalıdır.

Dorothea Orem'e göre öz bakım gücü; bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan sağlık etkinliğini başlatma ve sürdürme gücüdür. Bireyin öz bakım gücü yetersiz olduğunda ve kendi öz bakımını yerine getirmesinde eksiklik yaşaması halinde birey hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar. Bireyin kişisel bakımını karşılayabilme yeteneği ve gücü iç ve dış faktörlerden etkilenir. Yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık durumu, sosyal ve kültürel geçmiş, aile, yaşam koşulları, kaynakların yeterliliği ve çevresel faktörler içsel ve dışsal faktörleri oluşturur. Hastanın sahip olduğu öz bakım gücünden daha fazlasına ihtiyacı varsa profesyonel hemşirelik bakımı gerektirir. Hemşire, bireyin gereksinimlerinin neler olduğunu belirleyip hastanın yetersizlik yaşadığı gereksinimine yönelik hemşirelik bakımı planlamalı ve uygulamalıdır. (Akyol ve ark., 2007; George, 2011; Konateke ve Güner, 2022).

Sağlık okuryazarlığı; sağlık bilgilerini anlama, sağlık hizmetlerinden doğru ve etkin bir şekilde nasıl faydalanacağını bilme, hastalığın tedavisine yönelik tıbbi cihazları kullanabilme, ilaçların doz ve zaman ayarını sağlayabilme, hastanın kendi sağlığı konusunda değerlendirme yapıp öz bakım ve hastalık yönetimi kararlarına dahil olabilme becerisidir (Yılmaz ve Tiraki, 2016; Yüce, Erdoğan ve Muz, 2023). Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık okuryazarlığının düşük olmasının sağlık ekonomisine 75 milyar dolarlık bir yüke neden olduğu tahmin edilmektedir (Gildasio, 2015). Türkiye'deki yaşlı nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu bilinmektedir. Okyay ve Abacıgil'in (2016) yapmış oldukları çalışmada 65-83 yaş aralığındaki bireylerin %90,5'inin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz ve/veya problemlili olarak belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının olumsuz sağlık sonuçlarına yol açtığı bilinmektedir. Ortopedik cerrahi tedavi süreci hastaların kompleks kararlar aldığı ve karmaşık talimatlara uyması gerektiği zorlu bir süreçtir (Lans ve ark., 2023; Utma, 2019). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklı yaşama yönelik olumlu davranışlar gösterdiği bilinmektedir. Chen ve ark.'nın (2011) kalp yetmezliği olan hastalarda sağlık okuryazarlığı ve öz bakım arasındaki ilişkiyi inceledikleri 49 hastayla yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı ile öz bakımın sürdürülmesi arasında pozitif ilişki bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ya da öz bakım gücü düzeyini araştıran farklı çalışmalara yurtdışında ve Türkiye'de rastlanmıştır (Altay ve Avcı, 2009; Aydın ve Aydın, 2022; Çimen ve Bayık, Temel, 2017; Erci ve ark., 2017; Liu ve ark., 2017; Liu ve ark., 2015). Ancak literatürde ortopedik cerrahi sonrası yaşlıların sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. İyileşme süresi uzun olan, revize operasyonlara çokça rastlanan, tekrarlayan yatışların birçok defa görüldüğü ve hastanın hareket kapasitesini ciddi anlamda kısıtlayan ortopedi hastalıklarında hastanın öz bakım gücüne sahip olması çok önemlidir. Bu çalışma ile ortopedi kliniğinde tedavi olan yaşlı hastaların sağlık okuryazarlığı ve öz bakım gücü arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Sağlık okuryazarlığının parçaları olan bilgiye erişim, bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin kazanımı ile bireylerin öz bakım faaliyetlerini bağımsız bir şekilde yerine getirebilme kapasitesinin artacağı öngörülmüştür. Klinik tedavi ve bakım sürecinde yaşlı hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırma ve öz bakım gücünü etkileyen bireysel ve tedavi ve bakım sürecine ilişkin faktörlerin belirlenmesi bakımın planlanmasına katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın Soruları

1. Ortopedi kliniğinde yatan yaşlı hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi nedir?

2. Ortopedi kliniğinde yatan yaşlı hastaların öz bakım gücü düzeyi nedir?
3. Ortopedi kliniğinde yatan yaşlı hastaların sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasında bir ilişki var mıdır?
4. Ortopedi kliniğinde yatan yaşlı hastaların bireysel özellikleri öz bakım gücünü etkilemekte midir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları ve Cerrahi Tedavi

Kas iskelet sistemi hastalıkları; kaslar, eklemler, kemikler, tendonlar ve bağlar gibi ilişkili dokular üzerinde etkisini gösteren 150'den fazla tanı içerir. Aniden ve bir olaya bağlı olarak ortaya çıkan kırık, incinme ve burkulma gibi kısa ömürlü olanlardan kronikleşmiş ağrı ve sakatlık ile ilişkili yaşam boyu rahatsızlıklara kadar sıralanırlar (Oğuzöncül ve Kurt, 2020). Kas ve iskelet sistemi hastalıklarının oluşumunda fiziksel, biyolojik, psikososyal ve bireysel faktörler rol oynar. Bu faktörler hastalığın gelişimine tek başına sebep olabileceği gibi hastalığın etiyojisi multifaktöriyel de olabilir (İlçe, 2021).

Kas iskelet sistemi hastalıkları; bireyin yaşam kalitesini düşüren yaşam alanını ve hareket kapasitesini azaltan sosyoekonomik anlamda büyük kayıplara sebebiyet verebilen hastalıklardır (Erdoğan, 2019). Kas iskelet sistemi hastalıklarının tanısının erken konması, tedaviye ve bakıma zamanında başlanması önemlidir. Tanının geç konulması tedaviye ve bakıma geç başlanması hastalığın ilerlemesine, farklı problemlerin ortaya çıkmasına ve sürecin uzamasına yol açabilmektedir (İlçe, 2021).

Kas iskelet sistemi hastalıklarının tedavisinde ve hastanın bakımında disiplinlerarası iş birliği ve ekip çalışması önem arz etmektedir. Kas iskelet sistemi hastalarının tedavisinde ve sağlığının geri kazandırılıp yükseltilmesinde hemşirelerin, diyetisyenlerin, fizyoterapistlerin, hekimlerin ve başka branşlarında içinde olduğu bir ekip çalışmasına ihtiyaç vardır (İlçe, 2021).

2.1.1. Kırıklar

İçten veya dıştan kemiğin absorbe edebileceği düzeyin üstünde bir kuvvetin kemiğin anatomik yapısını tam veya kısmi olarak bozmasıdır. Kemiğin kırılmasıyla birlikte genellikle çevre dokularında hasar görmesi sebebiyle kırıkla birlikte ödem, kanama, tendon yırtıkları, organ yaralanmaları, sinir ve damar hasarları gibi sorunlarda kırıkla birlikte görülebilmektedir (Köse ve ark., 2019).

Kırık türleri

Kırıklar kırığın derecesine, dış ortamlarla ilişkisine, anatomik yerleşmesine, kırığın bulunduğu kemiğe, kırık çizgisine, kırığı oluşturan mekanizmaya, eklemlerle ilişkisine ve kemik dokunun sağlamlığına göre çeşitli türleri bulunmaktadır. Kemiğin iki parçaya ayrıldığı kırıklar tam kırık olarak isimlendirilmektedir. Tam kırıkların kan damarlarını ve sinirleri tahrip etme riski bulunduğu için hastanın hayati tehlike yaşamasına sebep olabilirler. Tam olmayan

kırıklarda kemik iki parçaya bölünmez. Bunun dışında kırıklar dış ortamla ilişkisine bağlı olarak açık kırık ya da kapalı kırık olarak da sınıflandırılabilirler. Kapalı kırıklarda kemik bütünlüğü bozulmuş olsa da cilt bütünlüğünde bir bozulma yoktur. Açık kırıklarda ise cilt bütünlüğü bozulmuştur ve enfeksiyon oluşma riski kapalı kırıklara göre daha fazladır (Köse ve ark., 2019).

Kırıkların Tedavisi

Kırık tedavisi hastanın şikayetlerini azaltmayı, kırılmanın olduğu bölgeyi yeniden düzenlemeyi, immobilizasyonu sağlamayı, çevre dokuların yapısını korumayı veya hasar görmüşse yeniden düzenlenmesini, fonksiyonun korunmasını veya yeniden düzenlenmesini ve ağrının azaltılmasını amaçlar. Kırığın tedavisinde alçı, atel, traksiyon, fiksasyon ve redüksiyon gibi tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır (Köse ve ark., 2019).

2.1.2. Karpal tünel sendromu

Karpal tünel sendromu (KTS) en sık rastlanan tuzak nöropatidir. Median sinir, bilek düzeyinde, karpal tünel içerisinde kompresyona uğrar. Bu kompresyon sonucunda, kan-sinir bariyeri yıkılarak ödem, enflamasyon ve çevre yumuşak dokuda fibrozis gelişir. Tekrarlayan hareketler enflamasyon, kırık, çıkık, hematoma, gebelik ve menapozdaki hormonal değişikliklerde oluşan ödem; romatoid artritte sinovyumun enflamasyonu nedeniyle eli inerve eden mediyan sinirin geçtiği karpal tünelde daralma ve bunun sonucunda sinirde sıkışma oluşur (İlçe, 2021; Serarşlan ve ark., 2008).

Anatomik olarak karpal tünelin içindeki boşluğun normalden dar olması ya da çıkık, kırık vb. ile ortaya çıkan yapısal bozukluklar, romatoid artrit gibi etkenler median sinir üzerinde baskı olmasına yol açabilir. Diyabet gibi sinirler üzerinde tahribat yapabilen hastalıklar KTS oluşmasının riskini arttırmalar (İlçe, 2021). Uzun süre bilgisayar kullananlarda, sürekli temizlik yapanlarda, fabrika işçilerinde, tenis, okçuluk, golf gibi sportif faaliyetleri düzenli yapanlarda elin kavrayıcı hareketinin sık tekrar ettiği faaliyetlerle uğraşan bireylerde hastalık daha sık görülebilmektedir (İlçe, 2021; Serarşlan ve ark., 2008). Yapılan çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunu 40-60 yaş aralığındaki kadın bireylerin oluşturduğu görülmüştür (İnanç ve ark., 2014; Özgenel ve ark., 2010; Tanık ve ark., 2014). Kadınlarda erkeklerden daha sık görülmesinin nedeni karpal tünelin daha küçük olmasıdır. Elde, elin radial tarafındaki üç parmak ve dördüncü parmağın radial yarısında ağrı, karıncalanma, uyuşukluk ve yanma hastalığın ana semptomlarıdır. Sıklıkla gece uyurken, istirahat ederken yaşanan ağrı bazı hastalarda omuza, boyuna ve göğüse de yayılabilmektedir (İlçe, 2021; Serarşlan ve ark., 2008).

Karpal tünel sendromu tedavisi

KTS'nin tedavisinde; nötral pozisyon atelleri, steroid enjeksiyonu, istirahat ve konservatif tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Konservatif tedavinin fayda sağlamadığı, atrofinin ve kuvvet kaybının olduğu vakalarda cerrahi tedaviye başvurulmaktadır. Açık cerrahi, karpal tünelde median sinirin cerrahi dekompresyonu için kullanılan standart yöntemdir. Ameliyat sonrası dönemde hasta öz bakım gücünü tekrar kazanmasına kadar hastanın öz bakımını desteklemeye yönelik bakım verilmelidir. Hasta ameliyattan sonra 2-3 ay içinde düzelmektedir ancak tamamen iyileşme bir yıla kadar sürebilir. Ameliyat sonrası dönemde hastalarda dikiş hattında ağrı, bilek hareketlerinde kısıtlılık, hipertrofik skar dokusu, enfeksiyon ve hematom görülebilen komplikasyonlardır (İlçe, 2021; zgenel ve ark, 2010; Serarşlan ve ark., 2008).

2.1.3. Osteomyelit

Kemik enfeksiyonu olarak tanımlanan osteomyelit akut veya kronik olabilir. Oluşumuna mikroorganizmaların sebep olduğu kemik dokusunun destruksiyonunu da içine alan inflamatuvar bir olaydır. Kemik dokusunun sadece bir bölümünde enfeksiyon görülebileceği gibi kemik iliği, korteks, periost ve yumuşak dokuyu da içine alan geniş bir blmde de görülebilir. Kemikte bulunan bu enfeksiyonunun gelişmesine farklı durumlar yol açabilir; kemik çevresindeki yumuşak dokuların uzun süren yaygın enfeksiyonu, kemiklerle ilgili cerrahi girişim, açık kırık ya da travmatik yaralanmalar sebebiyle kemiğin kontaminasyonu, başka bir bölgedeki enfeksiyonun hematogen ile yayılması osteomyelit oluşmasına yol açabilir. Beslenme yetersizliği olan hastalar, obez bireyler, yaşlı bireyler, immün sistem yetersizliği olan hastalar, kronik hastalıkları bulunan hastalar ve uzun süre kortikosteroid tedavisi alan hastalar osteomyelit yönünden risk altındadırlar (Gnal ve ark., 2012; Köse ve ark., 2019).

Akut ve kronik osteomyelit

Cerrahi işlemden veya açık kırıktan sonra yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Tedaviye erken başlanıldığında prognozu iyidir. Kronik osteomyelitin görülme sıklığı akuttan azdır ancak prognozu kötüdür ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Osteomyelit tedavi edilmemesi kemik nekrozlarının oluşmasına ve kemik yapımının durmasına sebep olur (Gnal ve ark., 2012; Köse ve ark., 2019).

Osteomyelit tedavisi

Etkilenen anatomik bölge, kemik nekrozunun büyüklüğü, hastada oluşan fonksiyonel kayıp ve hastanın genel durumu osteomyelit tedavisinin başarısını etkilemektedir. Osteomyelit tedavisinde radikal bir şekilde nekrotik dokuların temizlenmesi, ölü boşlukların doldurulması ve uzun süreli etkin antibiyoterapi hedeflenir. Kemik hasarının önüne geçilebilmesi için tanı konulur konulmaz tedaviye başlanmalıdır. Enfeksiyonun oluşmasına yol açan patojen belirlenip uygun olan antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Antibiyotik tedavisinden beklenen sonuç alınmadığında enfekte kemik cerrahi operasyonla açılır pürülan ve nekrotik materyal çıkarılır. Operasyon sonrasında antibiyotik tedavisine devam edilir. Kronik osteomyelitte antibiyotik tedavisi ile birlikte cerrahi debridman uygulanır. Steril serum fizyolojik ile yara irrigasyonu sağlanır. Yara, ölü boşluğu ortadan kaldırmak için sıkıca kapatılır veya granülasyon ya da greft ile kapatılması için doldurulup kapatılır (Günel ve ark., 2012; Köse ve ark., 2019).

2.1.4. Kemik tümörleri

Kemik tümörleri benign ya da malign olabilirler. Benign tümörler kemikte malign tümörlere göre daha sık görülür. Benign tümörler, kırıldıktan kaynaklanan kondrojenik tümörler, kemikten kaynaklı osteojenik tümörler ve fibröz dokudan kaynaklı fibrojenik tümörlerden oluşur. Benign kemik tümörleri genellikle diz çevresinde görünür. Asemptomatikler ve rutin bir röntgen muayenesinde ya da patolojik kırıklarda fark edilirler (İlçe, 2021; Köse ve ark., 2019).

Malign tümörlerin primer kaynağı kemik olabileceği gibi metastatik de olabilirler. Primer malign tümörleri daha nadir görülmekte ve genellikle konnektif ve destek doku hücrelerinden ya da kemik iliği elemanlarından kaynaklanmaktadır. Genetik ve çevresel faktörler malign tümörlerin oluşmasına yol açabilmektedir. Metastatik kemik hastalıkları (sekonder kemik tümörleri) ise primer kemik tümörlerine göre daha sık görülmektedir. Vücudun başka bir bölgesinde bulunan dokulardan kaynak alan tümör kemik üzerinde yayılım gösterebilir. Kemik doku üzerinde en sık metastaz yapan tümörler; böbrek, prostat, akciğer, meme, over ve tiroidin primer kanserleridir (İlçe, 2021; Köse ve ark., 2019).

Belirti ve bulgular

Bacakta veya kolda görülen ağrı ve şişlik kemik tümörlerinin en sık görülen semptomlarıdır. İlerlemiş metastatik kemik hastalığı bulunan hastaların hareket kapasitesi belirgin şekilde azalmıştır. Malign kemik tümörü olan hastalarda tipik olarak serum alkalen

fosfotaz (ALP) düzeyi yükselir; ALP düzeyinin yükselmesi vücudun osteoblastik aktiviteyi arttırarak yeni kemik oluşturmaya çalıştığını göstermektedir (İlçe, 2021; Köse ve ark., 2019).

Tedavi

Kemik tümörlerinin tedavisi için uygun yöntem belirlenirken tümörün tipi ve tutulum bölgesi göz önüne alınır. Tümörü küçültmek amacıyla kemoterapi ve radyoterapi tedavileri uygulanabilmektedir. Hastanın ağrısını azaltmak amacıyla farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Hastanın tedavisinde kemoterapi tek başına kullanılabildiği gibi radyoterapi ve cerrahi tedavi ile birlikte kombine bir şekilde de kullanılabilmektedir. Cerrahi tedavi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası oluşabilecek mikrometastazların önlenmesi için hastaya kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır. Tümör cerrahisinde amaç tümörlü doku etrafa tamamen yayılmadan mümkün olduğunca etkilenmemiş dokuları kurtarmaktır. Kemik tümörlerinin cerrahi tedavisinde tümör eksizyonunun yanı sıra ampütasyon ve dezartikülasyon ameliyatları da uygulanmaktadır (İlçe, 2021; Köse ve ark., 2019).

2.1.5. Skolyoz

Normal ve sağlıklı omurgada, omurlar yukarıdan aşağıya boyun, sırt ve bel bölgelerinde düz bir hat şeklinde uzanırken omurganın sağa ya da sola doğru eğriliği skolyoz olarak tanımlanmaktadır. Skolyoz kısaca omurganın lateral eğriliğidir. Skolyozda vertebra dönerek eğrinin dış bükey bölümünü oluşturur. Rotasyon lomber omurga boyunca kaburga çıkıntısına ve lomber omurgada asimetriye sebep olur. Skolyozun derecesi arttığında hastalarda bel ağrısı, yorgunluk ve dispne şikayetleri ortaya çıkar (İlçe, 2021; Köse ve ark., 2019).

Skolyoz tedavisi

Hastalığın yetişkinlerde ve çocuklarda yönetimi farklıdır. Yetişkinlerde omurganın esnekliği daha az olduğu için hastaların egzersiz, kilo verme ve korse gibi uygulamalara olumlu yanıt vermesi daha düşüktür. Hastaya uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesinde skolyozun seviyesi göz önünde bulundurulur. Omurga eğriliği 50 dereceden az olan yetişkinlerde sıcak uygulama, aneljezik tedavisi ve egzersizlerle hastanın tedavisi yapılır. Omurga eğriliği 50 derecenin üstünde olan hastalarda nefes darlığı, osteoartrit, şiddetli sırt ağrısı ve yorgunluğu önlemek için cerrahi tedavi tercih edilebilir (İlçe, 2021; Köse ve ark., 2019).

Geleneksel açık cerrahi rekonstrüktif uygulamada; cerrahi füzyon ve omurganın stabilize edilmesi için plaklar, vidalar ya da çubuklar da dahil enstrümanların yerleştirilmesinden oluşur. Cerrah, etkilenen vertebra arasında iliak krestten, genellikle

destek ve stabilizasyon amacı ile kemikleri sabitleyerek spinal füzyon gerçekleştirir. Ameliyatta kullanılacak kemik allogreft ya da otogreft olabilir. Bir ya da daha çok vertebranın aralarında boşluk kalmayacak şekilde birbirine birleştirilmesine füzyon adı verilir. Füzyonun amacı iki ya da daha fazla vertebra arasında sabit birliklilik oluşturmaktır. Ameliyat sonrasında 3-6 ay risser ceketini gibi bir materyalle hastanın immobilizasyonu sağlanmaktadır (İlçe, 2021; Köse ve ark., 2019).

2.1.6. Menisküs yaralanmaları

Tibia kondillerinde mediyal ve lateral olarak bulunan kıkırdak yapısındaki menisküslerin görevi absorpsiyonu ve eklem uyumunu sağlamaktır. Menisküs yırtıkları dejeneratif, travmatik ve konjenital patolojiler sonucu oluşurlar. Sağlıklı bir menisküste dayanıklılık sınırını aşan yüklenmeler sonucu yırtılmalar görülebilirken, dejeneratif menisküste normal yüklenmelerde de yırtıklar oluşabilir. Travma kaynaklı yırtıklar çoğunlukla 10-40 yaş aralığındaki bireylerde görülürken 40 yaş üzerindeki bireylerde dejeneratif yırtıklar görülebilir. Dejeneratif yırtıklar genellikle dizde kemik ve kıkırdak dokuların diğer dejeneratif değişiklikleri ile beraberdir (Alparslan ve Çullu, 2000).

Menisküs yaralanmalarının tedavisi

Hastaya uygulanacak tedaviye karar verilirken hastanın yaşı, aktivite düzeyi, menisküsün strüktürel yapısı, birlikte olan diğer yaralanmalar, yırtığın tipi, uzunluğu, stabilitesi ve yerleşim yeri göz önüne alınmalıdır. Hastanın cerrahi tedavisinde parsiyel ya da total menisektomi uygulanmaktadır. Ameliyat sonrasında venöz tromboemboliyi önlemek; ödemi azaltmak önemlidir. Hastanın bacağına eleve edilmesi ve aralıklı olarak soğuk uygulama yapılması hastanın ödeminin azaltılması için başvurulan yöntemlerdir. Alınan kıkırdağın miktarına bağlı olarak bacağına üzerine tam yük verilmesi bir süre kısıtlanabilir (Alparslan ve Çullu, 2000).

2.1.7. Halluks valgus

Halluks Valgus görülme sıklığı gittikçe artan tedavisi yapılmadığı takdirde bireyin günlük aktivitelerini önemli ölçüde kısıtlayan ayak başparmağının dışa doğru açılması ile görülen ayağın estetik görünümüne zarar veren ağrılı ve ilerleyici bir ayak problemidir. Latince de Halluks başparmak ve valgus orta hattın uzaklaşmak anlamına gelir. Ayakkabı kullanımı, heredite, pes planus, metatarsus primus varus, birinci metatarsın uzun veya kısa olması, kas imbalansı, uzun başparmak, nöromusküler bozukluklar, ikinci parmağın amputasyonu ve kistik dejenerasyon hastalığının oluşumuna sebep olabilen faktörlerdir. Halluks Valgus, sıklıkla ayağa

tam oturmayan yüksek topuklu ve dar ayakkabıların giyilmesi sonucu ortaya çıkar (İlçe, 2021; Sungur ve ark., 2006).

Halluks valgus tedavisi

Konservatif tedavinin sonuç vermediği hastalarda cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Halluks Valgusda cerrahi tedaviden beklenen öncelikli sonuç hastanın yaşadığı ağrının giderilmesidir. Ön ayağın sağlam ve sağlıklı olması estetik görünümünden daha önemlidir. Sadece estetik görünümün sağlanması amacıyla yapılan ameliyat sonucunda güzel görünümlü ancak ağrılı bir ayak ortaya çıkabilir. Bunyonektomi operasyonu ile büyüyen kemiğin aşırı büyüdüğü yer ve bunyon çıkarılır, deformiteyi oluşturan açının düzeltilmesi sağlanır. Cerrahi operasyon genellikle gününbirlik olarak planlanıp uygulansa da iyileşme süresi 6-12 hafta kadar olabilir (İlçe, 2021; Sungur ve ark., 2006).

2.1.8. Rotator cuff yaralanması

Omuz eklemi rotator cuff kasları olan supraspinatus, infraspinatus, teres minör ve subskapularisten meydana gelen bu kasların zorlanma nedeniyle yırtılması rotator cuff yaralanması olarak adlandırılır. Yaralanma gençlerde, kılıfın yırtılması ile genellikle bir düşme esnasında, bir topu fırlatırken ya da ağır bir eşyayı kaldırırken; yaşlılarda ise tekrarlayan hareketler ya da düşme sonucu meydana gelmektedir. Yaralanma anı genellikle ağrısızdır, ağrı daha sonra fonksiyon kaybı ile birlikte görülmektedir (İlçe, 2021).

Rotator cuff yaralanması tedavisi

Aktivite kısıtlamaları, fizik tedavi, sıcak-soğuk uygulamaları ve elektriksel uyarı gibi konservatif tedavi uygulamaları sonucunda iyileşme görülmeyen hastalar ve tam yırtılması olan hastalar cerrahi tedaviye yönelir. Küçük bir kesi açılarak ya da artroskopik yöntemlerle yırtılmış rotator kılıf tedavi edilir (İlçe, 2021).

2.1.9. Pes ekinovarus

Ayak bileğinin içe ya da dışa dönüşü olan konjenital bir bozulmadır. En sık karşılaşılan ve kızlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülen doğumsal anomalilerdendir. Çoğul gebelik, bebeğin uterus içindeki pozisyonu, amniyos sıvısının fazlalığı gibi farklı birçok nedenden dolayı oluşabilmektedir. Tedaviye mümkün olduğunca erken başlanmalıdır. Ayağın normal anatomik pozisyonuna dönmesi için özel ayakkabılar ve alçı tedavisi uygulanır. Alçı tedavisi sonucunda iyileşme görülmeyen hastalara cerrahi tedavi uygulanır. Pes ekinovarus tedavisinin

ve tam iyileşmenin yıllarca sürebilmesinden dolayı hastanın bakımında, ailenin yönlendirilmesi ve bilgilendirilmesinde hemşirelik bakımı önem arz etmektedir (İlçe, 2021).

2.1.10. Osteoartrit

Osteoartrit, etiyojisi tam olarak belirlenmemiş metabolik, genetik sebeplerden ve çevresel faktörlerden etkilenen bir eklem hastalığıdır. Hastalığın prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. Osteoartrit hastalığının oluşumunun temelinde kıkırdak tahribatına neden olan biyomekanik ve biyokimyasal kuvvetler yer almaktadır (Çopuroğlu ve Heybeli, 2011). Yaş, kadın cinsiyet, obezite, osteoporoz, genetik faktörler, eklem bozuklukları ve travma, mesleki zorlanmalar, spor aktiviteleri, kas güçsüzlüğü, fiziksel aktivite yetersizliği, hipermobilitate ve sigara kullanımı osteoartritin risk faktörleridirler. Gonartroz (diz artrozu) ve koksartroz (kalça artrozu) sık görülen osteoartrit türleridir (Bilge ve ark., 2018).

Osteoartritin en sık görüldüğü diz eklemlerinin tedavisi hastanın ve hastalığın durumuna göre tercih edilebilmektedir. Hastalığın erken dönemlerinde tedavi seçeneği olarak konservatif tedavi tercih edilebilirken; Hastalığın ilerlemesiyle cerrahi tedavi yöntemleri tercih edilmektedir. Artroskopik yöntemler, total veya tek kopartman diz protezleri, kıkırdak transferleri veya kıkırdak hücre kültürleri, osteotomi yöntemleri diz ekleminde meydana gelen osteoartritin cerrahi tedavisinde kullanılan başlıca yöntemlerdir (Çopuroğlu ve Heybeli, 2011).

Diz ekleminde sonra osteoartritten en çok etkilenen eklem kalça eklemidir. Hastanın kalça hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı görülmektedir. Kalça ekleminde uyumsuzluk, displazik kalça, aseptik veya avasküler nekroz, eklem yüzeyinde eşit olmayan yük dağılımı, travma veya enfeksiyon nedeniyle oluşan kıkırdak zedelenmesi, eklem tümörleri, ekstremite kısıtlılığı ve pelvis deformiteleri koksartrozun etiyojik sebepleridir. Koksartrozun tedavisinde konservatif ve cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Konservatif tedavi olarak ilaç tedavisi ve fizyoterapi kullanılabilir. Hastanın cerrahi tedavisinde osteotomi, greftleme yöntemleri veya artroplasti yöntemleri tercih edilebilir (Çopuroğlu ve Heybeli, 2011).

2.1.11. Romatoid artrit

Romatoid artrit; eklemlerde simetrik poliartrilere neden olan kronik, sistemik, inflamatuvar bir otoimmün bozukluktur (Majithia ve Geraci, 2007). Romatoid artrit, dünya çapında yaşam boyu prevalansı %1'e varan en yaygın otoimmün inflamatuvar artritir. Romatoid artrit başlangıcı herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir ancak 30 ila 50 yaşları arasında çok daha fazla görülmektedir. Kadın cinsiyet, sigara kullanımı, ailesinde hastalık öyküsü bulunması

romatoid artrit risk faktörleridirler. Romatoid artrit tipik olarak birden fazla eklemden, çoğunlukla bileklerde, proksimal interfalangeal eklemlerde ve metakarpofalangeal eklemlerde ağrı ve sertlik ile kendini göstermektedir. Hastalarda ayrıca yorgunluk, kilo kaybı ve anemi gibi sistemik semptomlarda görülebilir (Wasserman, 2018).

Romatoid artrit tedavisinde ulaşılmak istenen temel amaç en kısa zamanda remisyonu sağlayarak eklem hasarının önlenmesidir. Hastalar sıklıkla birden fazla ilacın yer aldığı tedaviye ihtiyaç duyarlar. Hastaların tedavisinde başlangıçta ilaç ve fizyoterapi kullanılsa da hastalığın ilerlemesiyle bu tedaviler yetersiz kalabilmekte ve medikal tedavi ile birlikte cerrahi tedavi yöntemleri de kullanılabilir. Steroidler, hastalık modifiye ediciler ve biyolojikler cerrahi tedavi sonrası yara iyileşmesinde gerekli olan inflamasyonu baskılanmasına yol açabilirler. Bu sebeple ameliyat sonrası dönemde yaşanabilecek komplikasyonları önleme ile hastalığın kontrolünü sağlama arasındaki denge gözetilerek hastanın tedavisi planlanmalıdır (Demirağ ve Öztürk, 2009; Demirel ve Kınap, 2010; Kömürcü ve Özkan, 2009).

2.2. Yaşlı Bireylerde Ortopedi

Beklenen yaşam süresinin artmasıyla beraber dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus sayısı ve oranı da artmaktadır. Dünya üzerindeki yaşlı sayısının 2050 yılına geldiğimizde çocuk sayısının iki katı olacağı tahmin edilmektedir (Savcı ve Bilik, 2014).

Yaşlanma, bireyin tüm organlarını kapsayan komplike ve multifaktöriyel bir değişim sürecidir. Yaşlanmayla beraber fizyolojik, psikolojik, sosyal ve duygusal değişimler bir arada görülebilmektedir. Tüm bu değişimin içinde kas-iskelet sistemi üzerindeki değişimlerde yaşlı bireyleri etkilemektedir. Yaşlanmayla beraber ortaya çıkan fiziksel, psikolojik ve sosyal değişim yaşlı bireylerde yaşamı tehdit edebilecek kas-iskelet sistemi sorunlarına neden olabilmektedir. Yaşlı bireylere uygulanan cerrahi tedaviler nedenlerine göre sıralandığında ortopedi hastalıklarına yönelik uygulanan ameliyatların zirvede yer aldığı görülmektedir (Akyüz ve Büyükyılmaz, 2024; Damar ve Bilik, 2018; Güler ve ark., 2018; Usta ve Aygin, 2015).

Kaslar, kemikler ve tendonlarda yaşlanmayla birlikte meydana gelen değişikliklere paralel olarak, 60 yaşından sonra ortalama üçte bir oranında bir kas gücü azalması gözlenmektedir. Bu durum bireyin denge sağlama becerisini zorlaştırabilir ve düşme riskini artırabilir. Yaşlılarda kas kütlesi ve gücünde azalma görülürken, kemik kütlesi ve gücünde de azalma meydana gelir ve uyarılara verilen tepkiler yavaşlar. Eklem yüzeylerinde bozulmalar

meydana gelirken bağlar, tendonlar ve eklem kapsülleri esnekliklerini kaybeder. Bu değişikliklerden en çok etkilenenler beden ağırlığını taşıyan diz, bel ve kalça eklemleridir. Kas iskelet sisteminde meydana gelen bu değişimler yaşlı bireylerin hareket kapasitesinin azalmasına, öz bakım ihtiyaçlarını bağımsız bir şekilde yerine getirebilme yetisini kaybetmesine, yaşam kalitesinin düşmesine yol açabilen birçok soruna sebep olmaktadır. Kırıklar, eklem hastalıkları, osteoporoz, kemik ağrısı, boyda kısalma, hareketlerde yavaşlama, postür değişiklikleri görülebilmektedir. (Day ve Karpman, 2004; Erdil ve Bayraktar, 2010; Güler, Demir ve ark., 2018).

2.3. Dorothea Elizabeth Orem ve Öz Bakım Eksikliği Teorisi

Dorothea Elizabeth Orem, dünyanın önde gelen hemşirelik teorisyenlerinden birisidir. Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) Amerika'nın Baltimore şehrinde dünyaya gelmiştir. 1934 yılında Washington D.C.'de hemşirelik lisans eğitimini ve 1945 yılında yüksek lisans eğitimini almıştır. Orem öz bakım kavramını ilk olarak 1959 yılında yayınlamıştır ve yıllar içinde kuramını geliştirmeye devam etti. 2001 yılında yayınladığı 6. ve son baskıda Orem'in teorisinin bileşenleri birbirleriyle ilişkileri ile birlikte düzenlenerek özetlendi. Orem birbiriyle ilişkili üç teorisini (öz bakım teorisi, öz bakım eksikliği teorisi ve hemşirelik sistemleri teorisi) kapsayan genel teorisi olan Öz Bakım Eksikliği Hemşireliği Teorisini geliştirdi. Bu üç teoriye dahil edilen altı merkezi (öz bakım ve bağımlı bakım, öz bakım gücü ve bağımlı bakım gücü, terapötik öz bakım talebi, öz bakım eksikliği, hemşirelik gücü, hemşirelik sistemleri) ve bir periferik (iç ve dış faktörler) kavram vardır (George, 2011).

2.3.1. Öz bakım ve öz bakım eksikliği teorisi

Orem, öz bakım eksikliği kuramında yaşamın devam edebilmesi için öz bakımın neden gerekli ve önemli olduğunu açıklamıştır. Öz bakım bireyin normal yaşantısında karşılaştığı durumlara karşı yapmaları gereken fiziksel, bilişsel, duygusal, kişilerarası ve sosyal gelişmeleri ve fonksiyonları kapsamaktadır. Bireyin mevcut sağlığını muhafaza edebilmesi, iyilik halini sürdürebilmesi için birey tarafından başlatılan ve kesintisiz olarak gerçekleştirilen faaliyetler olarak ifade edilen öz bakım bireyin kendi bakımına devamlı katılımıdır. İnsanların hayat tecrübeleri, sağlık tecrübeleri ve eğitimleri bireyin öz bakım anlayışı üzerinde etkilidir. Dorothea Elizabeth Orem'in yazmış olduğu kuram birey ve bireysel bakım üzerinde yoğunlaşmaktadır. Orem'e göre hemşirenin başlıca görevi bireyin kendisi için yetersiz kaldığı durumlarda bakımını üstlenmek ve desteklemektir. Hemşire, bireyin öz bakım gücünü tekrar kazandığı ve kendi bireysel bakımını bağımsız bir şekilde yerine getirdiği döneme kadar

hastaya yardımcı olmalı ve bakımını sağlamalıdır. Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşireliği Teorisi, sağlık hizmeti alan bireyler ve sağlık hizmetini sağlayan profesyoneller tarafından hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için değerli bir yaklaşım sağlar (Akyol ve ark., 2007; Yavaş, 2019).

2.3.2. Öz bakım gücü

Dorothea Orem'e göre öz bakım gücü; bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan sağlık etkinliğini başlatma ve sürdürme gücüdür. Bireyin öz bakım gücü yetersiz olduğunda ve kendi öz bakımını yerine getirmesinde eksiklik yaşaması halinde birey hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar. Bireyin kişisel bakımını karşılayabilme yeteneği ve gücü iç ve dış faktörlerden etkilenir. Yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık durumu, sosyal ve kültürel geçmiş, aile, yaşam koşulları, kaynakların yeterliliği ve çevresel faktörler içsel ve dışsal faktörleri oluşturur. Hastanın sahip olduğu öz bakım gücünden daha fazlasına ihtiyacı varsa hemşirelik bakımına ihtiyacı vardır. Hemşire, bireyin gereksinimlerinin neler olduğunu belirleyip hastanın yetersizlik yaşadığı gereksinimine yönelik hemşirelik bakımı planlamalı ve uygulamalıdır (Akyol ve ark., 2007; George, 2011; Konateke ve Güner, 2022).

2.4. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı tanım olarak bireylerin uygun sağlık kararları alabilmesi için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, anlama ve uygulayabilme kapasitesi şeklinde ifade edilir (Liu ve ark., 2015). DSÖ sağlık okuryazarlığını "Bireylerin sağlığı geliştirecek ve sürdürecektir şekilde bilgiyi anlama ve kullanma becerisini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlamıştır (Nutbeam, 1998). Sorenson ve ark. (2012) yapmış oldukları literatür analizi neticesinde sağlık okuryazarlığının özünde dört tür yeterlilik gerektirdiğini ifade etmişlerdir. Bilgiye erişim; Sağlık bilgilerini arama, bulma ve elde etme yeteneğini ifade eder. Anlama; Erişilen sağlık bilgisini kavrayabilme yeteneğini ifade eder. Değerlendirme; Erişilen sağlık bilgilerini yorumlama, filtreleme, yargılama ve değerlendirme yeteneğini tanımlar. Uygulama; Sağlığı korumak ve iyileştirmek amacıyla iletişim kurma ve bilgiye kullanabilme becerisini ifade eder. Bu yeterliliklerin her biri sağlık okuryazarlığının çok önemli bir boyutunu temsil eder.

Sağlık okuryazarlığını sadece broşürleri, afişleri ve prospektüsleri okuyabilmek olarak değerlendirmek bireyin yalnızca okuma yeteneğini veya terminolojiye hakimiyetini değerlendirmek olacaktır. Sağlık okuryazarlığı kavramı bireyin sağlıkla ilgili bilgiye erişmesini, eriştiği bilgiyi anlayabilmesini, gerekli değerlendirmeyi yapıp hayatında

uygulayabilmesini kapsayan bir süreçtir. Bireyin sağlık profesyonelleriyle uygun şekilde iletişim kurabilmesi, koruyucu ve önleyici çalışmalarda dahil olabilmesi, yaşadığı sağlık problemini sağlık kuruluşlarına ve sağlık profesyonellerine etkin ve doğru şekilde yansıtabilmesi, kendi sağlığıyla ilgili karar mekanizmasına dahil olabilmesi bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkilidir (Akbolat ve ark., 2016; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

Hasta bireyin, tedavi sürecinde sağlık profesyoneliyle iletişim eksikliği yaşamaması tedavisini anlayamaması ya da yanlış anlaması hastanın sağlığını olumsuz etkilerken aynı zamanda sağlık bakım faaliyetleri içinde iş yükünün artmasına ve sağlık hizmetleri için ayrılan maliyetlerin yükselmesine yol açmaktadır (Akbolat ve ark., 2016). Sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olması daha kötü sağlık durumu, daha az sağlık bakımı bilgisi, daha zayıf kişisel bakım becerileri, birincil basamak sağlık koruyucu ve önleyici hizmetlerin daha az kullanılması ve hastaneye yatışın artması ile sağlık bakım maliyetlerinin artmasına yol açar (Liu ve ark., 2015). Bireysel ve toplumsal sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesinin topluma ve ekonomiye katkısı olumlu ve önemlidir (Sezgin, 2014).

2.4.1. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla Türkiye’de farklı kentlerde, farklı demografik özelliklere sahip bireylerle yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır (Özkan ve ark., 2018; Türkoğlu, 2016; Yüce, Erdoğan ve Muz, 2023). Halk sağlığı için önemli bir konu olan sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesine yönelik yapılmış çalışmalar bu konuyla ilgili politikaların belirlenmesinde ve yol haritasının çizilmesinde önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen (2018) Türkiye’nin birçok farklı bölgesinden 6228 kişiyle yapılan araştırmada ülkemizde yaklaşık her 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı veya yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akpınar ve ark.’nın (2023) kırsal bir bölgede 332 katılımcıyla yapmış oldukları çalışmada hastaların %64,2’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Değerli ve Tüfekçi (2018) tarafından Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanarak 401 kişiyle yapmış oldukları çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı sorunlu olarak belirlemişlerdir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin de yükseldiği; yaşlanmayla beraber sağlık okuryazarlığı seviyesinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

2.5. Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü İlişkisi

Sağlık okuryazarlığı; sağlık bilgilerini anlama, sağlık hizmetlerinden doğru ve etkin bir şekilde nasıl faydalanacağını bilme, hastalığın tedavisine yönelik tıbbi cihazları kullanabilme,

ilaçların doz ve zaman ayarını sağlayabilme, hastanın kendi sağlığı konusunda değerlendirme yapip öz bakım ve hastalık yönetimi kararlarına dahil olabilme becerisidir (Yılmaz ve Tiraki, 2016; Yüce, Erdoğan ve Muz, 2023).

Bireyin sağlığını koruyabilmesi, yükseltebilmesi ve sağlığını geri kazanabilmesinde sağlık okuryazarlığı düzeyi önemli bir faktördür. Berkman ve ark.'nın (2011) yapmış oldukları çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının hastaneye yatışların, acil servislere başvurunun artması, mamografi taramasının ve grip aşularının azalmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada ilaçları doğru şekilde almanın, ilaç etiketlerini ve sağlıkla ilgili mesajları okuyabilme becerisinin ve yaşlı bireyler arasında daha kötü sağlık durumu ve daha yüksek mortalite görülmesinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Berkman, ve ark., 2011).

Öz bakım bireyin bilgisinden ve becerisinden faydalanır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması bireyin bilgi edinebilme kabiliyetinin önündeki önemli bir engeldir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin kişisel bakımlarını doğru ve sağlıklarına faydalı şekilde yapmaları zorlaşabilir (Chen ve ark., 2011). Öz bakım becerisi, hasta tarafından tanı ve tedavinin tam olarak anlaşılmasına dayanır. Bu durumda, hastanın kendi sağlık durumuyla ilgili bilgi edinme, anlama ve bu bilgilere dayanarak doğru kararlar alma yeteneği yani sağlık okuryazarlığı önem kazanır. Sağlık okuryazarlığı hastanın kendi bakımını yönlendiren önemli bir unsurdur; çünkü hasta, sağlık durumunu ve tedavi seçeneklerini anladıkça kendi bakımını doğru bir şekilde sağlayabilir. Kronik hastalığa veya fiziksel bir engellilik durumuna sahip olan bireyler çoğunlukla komplike ilaç tedavilerine ve kişiselleştirilmiş özel bakım faaliyetlerine uyum sağlamak zorunda kalırlar. Hastalar, bu süreçte sağlık bilgisine ihtiyaç duyarlar. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması hastanın hekimlerle olan iletişimini, sağlık bilgilerini anlamasını ve uygun olan sağlık hizmetlerine etkili bir şekilde ulaşmasını olumsuz etkiler (Nam ve Yoon, 2021). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyse, sağlıklı beslenme bilgisine sahip olursa kendisi için uygun olan beslenme alışkanlıklarını geliştirebilir. Birey, sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurma ve sağlık hizmetlerini doğru şekilde kullanma becerisine sahip olursa sağlık sorunlarına yönelik daha bilinçli kararlar alırken gerektiğinde sağlık profesyonellerinden yardım isteyebilir.

Parker (2000) tarafından Amerika'da sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği ve öz bakıma da değinilen çalışmada; Pek çok hastanın sağlıkla ilgili terminolojik bilgiye hakim olmaması, yeni bilgileri anlayıp özümsemede zorluk yaşaması sebebiyle sağlık

profesyonelleriyle iletişim kurmada ve öz bakımına yönelik talimatları takip etmede zorluk yaşadığı belirtilmiştir. Doğru ilaç kullanımı, tanı ve teşhise yönelik tetkik çalışmalarına doğru şekilde hazırlanma, kontrol muayenelerine yönelik uyarıları anlayıp uygulama sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler için zorlayıcı olabilir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin öz bakım becerileri ile ilişkili olduğu çalışmada belirtilmiştir.

Sonuç olarak; sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması bireylerin tedaviye uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta bireylerin sağlığını yükseltmek ve geri kazanmak için ihtiyaçlarını anlayabilmesi, tedavisine yönelik yapılan uygulamaları kavrayabilmesi ve bu süreçte kendisinin fiziksel, sosyal ve emosyonel gereksinimlerini bilmesinde sağlık okuryazarlığı önem arz etmektedir. Bireyin gündelik hayatında ihtiyaç duyduğu zorunlu rutin faaliyetlerini bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesi içinse yeterli öz bakım gücüne sahip olması gerekmektedir. Bireyin sağlığı için doğru olan davranışları belirleyebilmesi ve anlayabilmesi için yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olması bu davranışları etkili ve bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesi için ise yeterli öz bakım gücüne sahip olması önemlidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdedir.

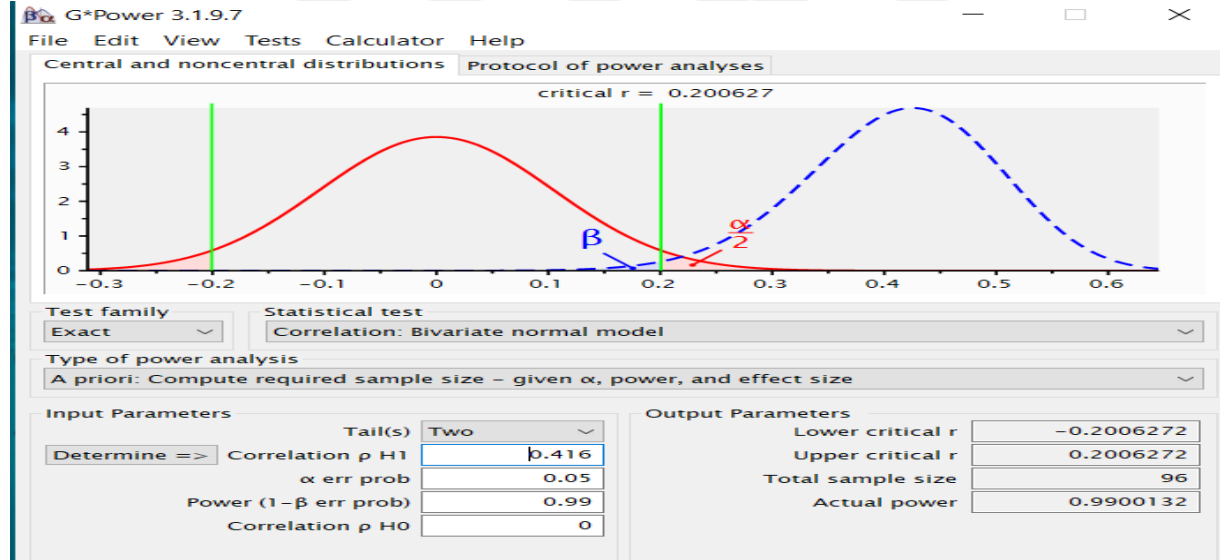
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma; Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde yapılmıştır. Klinikte 7 öğretim üyesi, 18 araştırma görevlisi, 16 hemşire, 13 yardımcı sağlık personeli, 1 sağlık teknisyeni ve 6 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Klinikte kırık cerrahisi, omurga cerrahisi, spor hekimliği, pediatrik ortopedi, kemik ve yumuşak doku tümörleri cerrahisi, artroskopi, artroplasti, el ve omuz cerrahisi ve protez cerrahisi gerçekleştirilmektedir. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 43 yatak ve tam donanımlı 3 adet ameliyat salonu ile hastanın perioperatif tedavi ve bakım süreci yürütülmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde tedavi olan yaşlı hastalar oluşturmuştur.

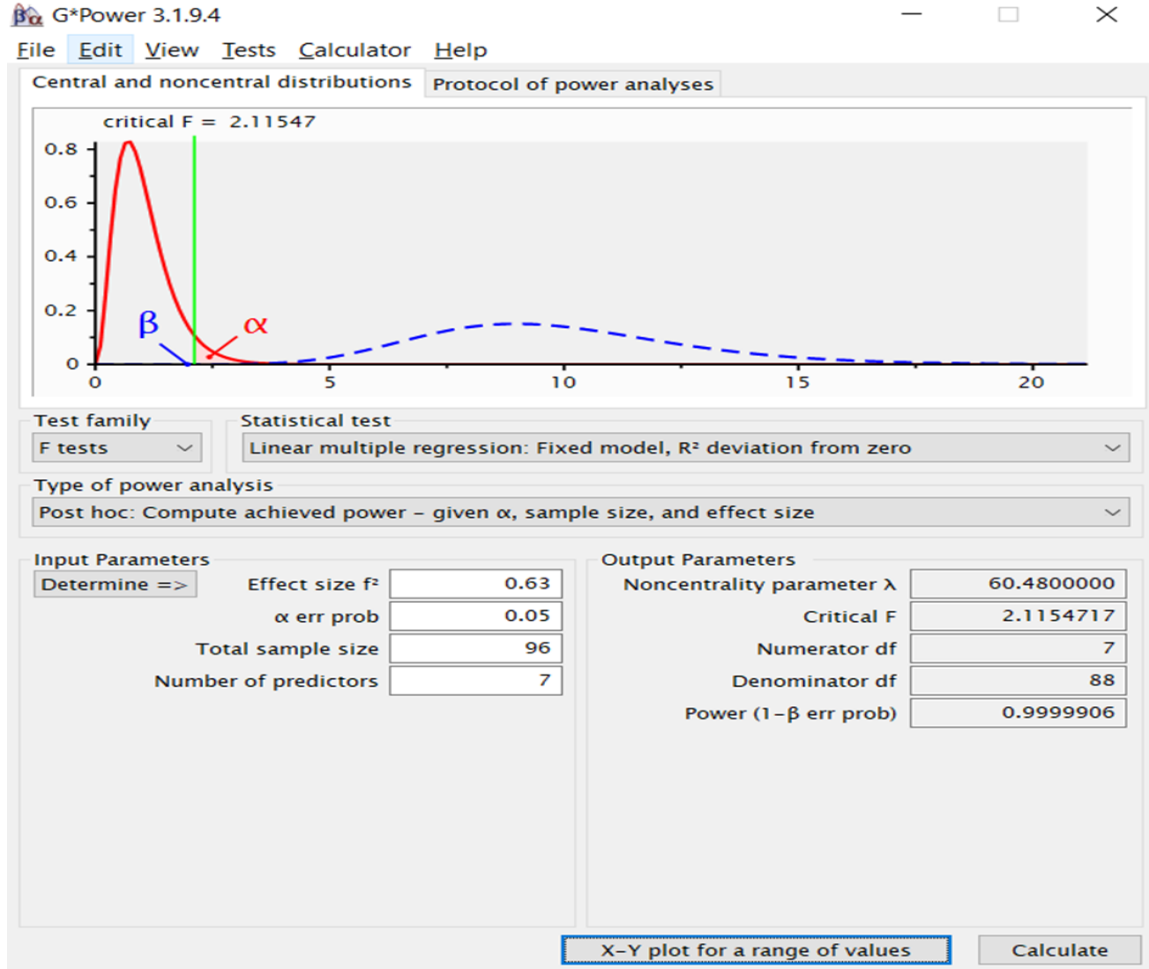
3.4. Araştırmanın Örneklemi



Şekil 3.1. Örneklem büyüklüğünü belirlemeye yönelik güç analizi.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla sağlık okuryazarlığı ve öz bakım gücü ilişkisinin arandığı çalışmalar taranmıştır. Yaşlı ortopedi hastalarında öz bakım gücü ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle Zubaroğlu Yanardağ, Özer ve Özmen'in (2021) "Investigating Self-Care Agency and Well-Being of Elderly People" başlıklı çalışmasında $r=0.41$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmadan yola çıkılarak gerçekleştirilen güç analizinde örnek büyüklüğü (%99 güç, %5 yanılma düzeyi ile) 96 bulunmuştur. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı puanları üzerindeki etkisi olan özellikler

incelendi ve uygun regresyon modeli oluşturulmuştur. Oluşturulan modelde Belirleyicilik Katsayısı ($R^2=0,630$)* hesaplanmıştır. 96 katılımcı ve 7 bağımsız değişken için yapılan post-hoc güç analizi sonucunda çalışmanın gücü %99,9 olarak hesaplanmıştır (Cohen, 1977).



Şekil 3.2. Post-hoc güç analizi.

3.5. Dahil Edilme Kriterleri

- Genç yaşlılık (60-74 yaş) ve yaşlılık (75-84 yaş) döneminde yetişkin olma,
- Türkçe anlama ve yazabilme,
- Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeni ile ameliyat olma,
- Ameliyat sonrası I. günde olma,
- Çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra onam formunu gönüllü olarak imzalama,
- Hastanın koopere ve oryante olması.

3.6. Dışlama Kriterleri

- Ameliyat öncesi dönemde olma veya cerrahi tedavi dışında tedavi uygulanıyor olma,
- Alzheimer, demans ve deliryum benzeri bilişsel düzeyi etkileyen rahatsızlıkları olma,
- Anket formunu eksik dolduran hastalar.

3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Çalışmada, literatürden faydalanarak hazırlanan hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren Anket Formu (Akyüz ve ark., 2021; Korkmaz, 2011) (Ek 1); Kearney ve Fleischer (1979) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nahcivan (2004) tarafından yapılan Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek 2) ve Sorensen ve ark. (2012) tarafından geliştirilen Aras ve Temel (2017) tarafından, Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek 3) kullanılmıştır.

3.7.1. Anket Formu/Tanımlayıcı Özellikler Formu/Sosyodemografik Bilgi Formu

Anket Formu; literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Akyüz, 2021; Korkmaz, 2011, Kızıl, 2018; Köse ve Güler Demir, 2019; Pazarözyurt ve Özkan, 2023). Hastanın kişisel özelliklerini tanımaya yönelik 9 soru, hastaların tedavi ve bakım özelliklerine yönelik 8 soru olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmuştur.

3.7.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Avrupa'nın 8 ülkesinde (Avusturya, Hollanda, İrlanda, Almanya, Bulgaristan, Polonya, Yunanistan, İspanya) bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla 47 soru içeren bir form kullanılarak değerlendirme yapılmıştır (HLS-EU Consortium, 2012; Sorensen ve Brand, 2014). Sorensen ve ark. (2012) tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Aras ve Temel tarafından yapılmıştır. 25 soru ve dört alt boyuttan oluşan ölçeğin alt boyutları sırasıyla bilgiye erişim (5 madde), bilgileri anlama (7 madde), değer biçme/değerlendirme (8 madde) ve uygulama/kullanma (5 madde) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 25, maksimum puan 125'tir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım" şeklinde likert yapıda yanıtlanmaktadır. Ölçekte bulunan tüm maddeler olumlu yapıdadır ve ters madde bulunmamaktadır. Özgün ölçeğin ve alt boyutlarının cronbach alfa değerleri 0,90 ile 0,94 arasında değişmektedir. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında ise alt boyutlarının 0,74-0,91 aralığında, ölçeğin tamamının cronbach alpha değeri ise 0,92 bulunmuştur (Aras ve Temel, 2017). Bu çalışmada cronbach alpha değerleri ölçek alt boyutlarında 0,73-0,94 aralığında, ölçek toplamında ise 0,91 olarak geçerlik güvenilirlik çalışması ile uyumludur.

3.7.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Kearney ve Fleischer'in 1979 yılında geliştirmiş olduğu orjinal ismi "Exercise of Self-Care Agency" olan ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Nursen Nahcivan tarafından gerçekleştirildi. Ölçek, 35 maddeden oluşmakta, bireyin kendi kendine bakım verme yeteneği ya da öz bakım gücünü ölçmek için kullanılmaktadır. 5'li likert yapıdaki ölçekte, "beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla "beni pek tanımlamıyor" 1 puan, "fikrim yok" 2 puan, "beni biraz tanımlıyor" 3 puan ve "beni çok tanımlıyor" yanıtına 4 puan verilir. Ölçekte 8 olumsuz madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 140'tır. Ölçekten alınan puanın yükseldikçe bireyin öz bakım gücü artmaktadır. Ölçeğin Türkçe ve İngilizce sürümleri için cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,89 ve 0,88' dir (Nahcivan, 2004). Bu çalışmada ise; öz bakım gücü ölçeğinin cronbach alfa değeri 0,89'dur.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi izini alındıktan sonra, araştırmacı tarafından 15 Temmuz 2023 – 16 Mart 2024 tarihleri arasında 8 ay süre ile toplanmıştır. Hastalara bilgi verildikten ve aydınlatılmış onamları yazılı olarak alındıktan sonra gönüllü olan 96 hastaya ameliyat sonrası I. günde Anket Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Hastanın anket formunu ve ölçekleri yanıtlama süresi ortalama 20 dakikadır. Verilerin toplanması sırasında 15 hasta ameliyat öncesi dönemde olup ameliyat gerçekleştirilmediği, 3 hasta bilişsel durumu uygun olmadığı, 12 hasta çalışmaya katılmayı reddettiği için (toplam 30 hasta) çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler:

- Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği puanı

Bağımsız değişkenler:

- Hastaların sosyodemografik özellikleri
- Hastaların tedavi ve bakıma ilişkin özellikler
- Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanı

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlanmadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun izni (Ek 4), Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni alınmıştır (Ek 5). Öz Bakım Gücü ölçeğinin kullanımı için Nahcivan'dan (Ek 2) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin kullanımı için Bayık

Temel'den (Ek 3) gerekli izinler e-posta yolu ile alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, yazılı olarak aydınlatılmış onamları alınmıştır (Ek 7). Ameliyat sonrası süreçte yoğun ağrı yaşayan hastalardan veriler hasta rahatı sağlandıktan sonra toplanmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmış olması ve çalışma sonuçlarının buraya başvuran hastalara genellenebilecek olması çalışmamızın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programlarında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (X), standart sapma (SS), medyan (M) ve minimum (min), maksimum (max) değerleri olarak verilmiştir.

Karar aşamasında mutlak çarpıklık (Skewness) değeri $\pm 2,0$ 'nin altında ve basıklık (Kurtosis) değeri $7,0$ 'nin altında ise verilerin normal dağıldığı yönünde kararı verilir (Kim, 2013). Buna göre çalışmada kullanılan değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri Tablo 3. 1'de verilmiş olup verilerin normal dağılıma uygun olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. 1. Değişkenler için normallik incelemesi (n=96).

| | Çarpıklık | Basıklık |
|-----------------------------|-----------|----------|
| Bilgiye erişim | 0,187 | -1,338 |
| Bilgileri anlama | 0,185 | 0,279 |
| Değer biçme/Değerlendirme | -0,635 | 0,237 |
| Uygulama kullanma | -0,543 | 0,216 |
| Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği | -0,047 | -0,918 |

Ölçekler ve boyutları için güvenilirlik Cronbach's Alpha katsayısı ile incelendi. 0,60 üzerinde Cronbach's Alpha katsayısına sahip ölçekler güvenilir kabul edilmiştir. İki grubun karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t Test, ikiden fazla kategorili değişkenlerin karşılaştırmaları Varyans Analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. Varyans analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. İlişkinin düzeyi 0.00-0.10 çok zayıf, 0.10-0.39

zayıf, 0.40-0.69 orta, 0.70-0.89 güçlü, 0.90-1.00 çok güçlü kabul edilmiştir (Schober, Boer ve Schwarte, 2018).

Sağlık okuryazarlığı puanlarının öz bakım gücü puanları üzerine etkisi doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ve artıkların normalliği Q-Q grafikleri ile kontrol edilmiştir. $p < 0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgulara;

4.1.Hastaların Özellikleri

4.2. Ölçeklere İlişkin Tanıtıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Sonuçları

4.3.Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

4.4.Hastaların Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

4.5.Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler ve Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Öz Bakım Gücü Puanları Üzerinde Etkisi

4.6. Hastaların Öz Bakım Gücü Puanlarını Etkileyen Faktörler başlıkları altında yer verilmiştir.

4.1. Hastaların Özellikleri

Tablo 4.1. Hastaların demografik özellikleri (n=96).

| Özellikler | n | % |
|--|----|------|
| Yaş ($X \pm SS=68,83 \pm 6,87$) | | |
| 60-74 yaş | 74 | 77,1 |
| 75-84 yaş | 22 | 22,9 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 70 | 72,9 |
| Erkek | 26 | 27,1 |
| Eğitim durumu | | |
| Okuryazar | 31 | 32,3 |
| İlkokul/Ortaokul | 55 | 57,3 |
| Lise/Üniversite | 10 | 10,4 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 64 | 66,7 |
| Bekar | 32 | 33,3 |
| Birlikte yaşadığı kişinin varlığı | | |
| Yalnız | 27 | 28,1 |
| Ailesiyle | 69 | 71,9 |
| Yaşadığınız yer | | |
| Kent | 77 | 80,2 |
| Kırsal | 19 | 19,8 |
| Çalışma durumu | | |
| Çalışan | 7 | 7,3 |
| Çalışmayan | 89 | 92,7 |
| Gelir düzeyi | | |
| Geliri giderinden fazla | 5 | 5,2 |
| Geliri giderine eşit | 78 | 81,3 |
| Geliri giderinden az | 13 | 13,5 |

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan 96 hastanın demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları $68,83 \pm 6,87$, 70’i (%72,9) kadın, 64’ü (%66,7) evli, 69’u (%71,9) ailesiyle ve 77’si (%80,2) kentte yaşamaktadır. Okuryazar olan 31 (%32,3), ilkokul/ortaokul mezunu 55 (%57,3), lise/üniversite mezunu 10 (%10,4) kişidir. Hastaların dönütlerine göre; geliri giderinden fazla olan 5 (%5,2), geliri giderine eşit olan 78 (%81,3) ve geliri giderlerinden düşük olan 13 (%13,5) kişidir.

Tablo 4. 2. Hastaların tedavi ve bakım özellikleri (n=96).

| Özellikler | n | % |
|--|----|------|
| Hastanın bakım desteği (refakatçisi olma) | | |
| Var | 93 | 96,9 |
| Yok | 3 | 3,1 |
| Hasta bakımına destek olan kişi* | | |
| Çocuk | 66 | 64,7 |
| Eş | 29 | 28,4 |
| Bakıcı | 7 | 6,9 |
| Kronik hastalığı olma | | |
| Var | 78 | 81,3 |
| Yok | 18 | 18,8 |
| Ameliyat öyküsü olma | | |
| Var | 85 | 88,5 |
| Yok | 11 | 11,5 |
| Fiziksel sınırlılığı olma | | |
| Var | 80 | 83,3 |
| Yok | 16 | 16,7 |
| Fiziksel sınırlılık oluşturan durumlar* | | |
| Hemovac dren varlığı | 49 | 51 |
| Alçı/atel | 23 | 24 |
| İdrar katateri varlığı | 13 | 13,5 |
| Yardımcı araç kullanımı var mı? | | |
| Var** | 78 | 81,3 |
| Yok | 18 | 18,8 |
| Hastanın tıbbi tanısı | | |
| Artrozlar | 39 | 40,6 |
| Kırıklar | 21 | 21,9 |
| Enfeksiyonlar | 8 | 8,3 |
| Yumuşak doku yaralanmaları | 8 | 8,3 |
| Diyabetik ayak | 5 | 5,2 |
| Deformiteler | 4 | 4,2 |
| Yara yeri problemleri | 4 | 4,2 |
| Kanserler | 4 | 4,2 |
| Periferik arter hastalıkları | 3 | 3,1 |
| Hastaya uygulanan cerrahi operasyon | | |
| Total diz artroplastisi | 31 | 32,3 |
| Kırık cerrahisi | 20 | 9,4 |
| Total kalça artroplastisi | 12 | 10,4 |
| Debridman | 9 | 9,4 |
| Artroskopik cuff tamiri | 6 | 6,3 |
| Amputasyon | 5 | 5,2 |
| Diğer*** | 13 | 18,4 |
| Hastanın yaşadığı sorun | | |
| Var | 86 | 89,6 |
| Yok | 10 | 10,4 |
| Hastanın yaşadığı sorun türü* | | |
| Yorgunluk | 76 | 79,2 |
| Uykusuzluk | 57 | 59,4 |
| Ağrı | 56 | 58,3 |
| Bulantı | 30 | 31,3 |
| Kabızlık | 13 | 13,5 |
| Şişlik/Ödem | 4 | 4,2 |
| Yok | 10 | 10,4 |

*Hastalar birden çok yanıt vermiştir.

**Hastalar baston-koltuk değneği, tekerlekli sandalye ve yürüteç kullanmaktadır.

***Halluks valgus, arthrodez, artroskopik drenaj, aşil tendon cerrahisi, ayak bileği artroplastisi, eksizyonel biyopsi, tendon rüptür tamiri, yumuşak doku kitle alınması işlemleridir.

Tablo 4.2'e göre; 93 (%96,9) bakım desteği alan hastanın, 29'u (%28,4) eşinden, 66'sı (%64,7) çocuğundan ve/veya 7'si (%6,9) bakıcıdan destek almıştır. Kronik hastalığı olan 78

(%81,3), daha önce farklı bir nedenle ameliyat olan 85 (%88,5), fiziksel sınırlılığı olan 80 (%83,3) hasta bulunmuştur. Hastanın fiziksel olarak sınırlanmasının nedeni hemowac dren varlığı, alçı/atel varlığı, idrar kateteri varlığıdır. Yardımcı araç kullanan 78 (%81,3) kişi bulunmakta, yardımcı araç olarak 10'u baston-koltuk değneği ile, 14'ü tekerlekli sandalye ile, 39'u yürüteç kullanmıştır. Hastalara en fazla artroplasti ve kırık cerrahisi uygulanmıştır. Hastaların 86'sı (%89,6) yorgunluk, uykusuzluk, ağrı, bulantı gibi tedavi ve bakım sürecine ilişkin sorunlar yaşadığını ifade etmiştir.

4.2. Ölçeklere İlişkin Tanıtıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Sonuçları

Tablo 4. 3. Ölçeklere ilişkin tanıtıcı istatistikler ve güvenilirlik sonuçları (n=96).

| | İstatistikler | Madde Sayısı | Cronbach Alpha |
|--|---------------|--------------|----------------|
| *Bilgiye erişim boyutu | | | |
| X±SS | 13,94±6,81 | 5 | 0,948 |
| M (min-max) | 14 (5-25) | | |
| *Bilgileri anlama boyutu | | | |
| X±SS | 23,32±7,16 | 7 | 0,735 |
| M (min-max) | 22 (7-35) | | |
| *Değer biçme/Değerlendirme boyutu | | | |
| X±SS | 31,05±6,03 | 8 | 0,782 |
| M (min-max) | 32 (14-40) | | |
| *Uygulama kullanma boyutu | | | |
| X±SS | 19,61±3,92 | 5 | 0,729 |
| M (min-max) | 20 (8-25) | | |
| Sağlık okuryazarlığı ölçeği | | | |
| X±SS | 87,93±19,58 | 25 | 0,911 |
| M (min-max) | 88 (44-122) | | |
| Öz bakım gücü ölçeği | | | |
| X±SS | 90,41±19,84 | 35 | 0,897 |
| M (min-max) | 90 (54-135) | | |

*Bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama kullanma sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutlarıdır.

Tablo 4.3. incelendiğinde; hastaların “sağlık okuryazarlığı ölçeği” ortalaması 87,93±19,58 puandır. Ölçek alt boyut puanları ise; “bilgiye erişim” 13,94±6,81, “bilgileri anlama” 23,32±7,16, “değer biçme/değerlendirme” 31,05±6,03 ve “uygulama kullanma” 19,61±3,92 bulunmuştur. Ölçek cronbach alpha puanları ise; alt boyutlarda 0,729-0,948, ölçek toplamında 0,911 bulunmuştur. Öz bakım gücü puan ortalaması ise; 90,41±19,84 ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,897 bulunmuştur.

4.3. Hastaların Özelliklere Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.4. Hastaların özelliklerine göre bilgiye erişim puanlarının karşılaştırılması.

| Özellikler | X±SS | Test (p) | Fark |
|--|------------|-------------------|-------|
| Yaş | | | |
| 60-74 yaş ^a | 14,96±6,82 | t=2,793 | b<a |
| 75-84 yaş ^b | 10,50±5,63 | p=0,006 | |
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 13,96±6,36 | t=0,021 | - |
| Kadın | 13,93±7,01 | p=0,983 | |
| Eğitim durumu | | | |
| Okuryazar ^a | 10,58±6,26 | F=13,050 | a<b<c |
| İlkokul/Ortaokul ^b | 14,42±6,30 | p<0,001 | |
| Lise/Üniversite ^c | 21,70±3,62 | | |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 14,48±6,31 | t=1,115 | - |
| Bekâr | 12,84±7,69 | p=0,268 | |
| Birlikte yaşadığı kişinin varlığı | | | |
| Yalnız | 13,22±7,66 | t=-0,642 | - |
| Ailesiyle | 14,22±6,48 | p=0,522 | |
| Gelir düzeyi | | | |
| Gelirim giderimden fazla | 13,80±9,98 | F=0,066 | - |
| Gelirim giderime eşit | 14,05±6,69 | p=0,936 | |
| Gelirim giderlerimden düşük | 13,31±6,75 | | |
| Kronik hastalığı olma | | | |
| Var ^a | 12,68±6,43 | t=-4,066 | a<b |
| Yok ^b | 19,39±5,72 | p<0,001 | |
| Ameliyat öyküsü olma | | | |
| Var | 13,98±6,74 | t=0,155 | - |
| Yok | 13,64±7,67 | p=0,877 | |
| Fiziksel sınırlılığı olma | | | |
| Var | 13,81±6,75 | t=-0,401 | - |
| Yok | 14,56±7,27 | p=0,690 | |
| Yardımcı araç kullanımı | | | |
| Var ^a | 13,26±6,63 | t=-2,076 | a<b |
| Yok ^b | 16,89±6,95 | p=0,041 | |
| Hastanın yaşadığı sorun | | | |
| Var ^a | 13,37±6,61 | t=-2,449 | a<b |
| Yok ^b | 18,80±6,89 | p=0,016 | |

Bağımsız örneklem t Test (*t*); tek yönlü ANOVA (*F*)'dir. Koyu olarak verilen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Varyans analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.4 incelendiğinde; 60-74 yaş grubundaki hastaların bilgiye erişim puan ortalamaları, 75-84 yaş grubundakilerden istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($t=2,793$; $p=0,006$). Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça, bilgiye erişim puanlarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür ($F=13,050$; $p<0,001$). Kronik hastalığı olanların olmayanlara ($t=-4,066$; $p<0,001$); yardımcı araç kullananların kullanmayanlara ($t=-2,076$; $p=0,041$) ve sorun yaşayanların yorgunluk, uykusuzluk, ağrı gibi sorunlar yaşamayanlara göre bilgiye erişim puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($t=-2,449$ $p=0,016$). Cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşanılan kişinin

varlığı, gelir düzeyi, ameliyat öyküsü olma, fiziksel sınırlılığı olma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bilgiye erişim alt boyut puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4. 5. Hastaların özelliklerine göre bilgileri anlama puanlarının karşılaştırılması.

| Özellikler | X±SS | Test (p) | Fark |
|--|------------|-------------------|-------|
| Yaş | | | |
| 60-74 yaş ^a | 24,11±7,09 | t=2,002 | a>b |
| 75-84 yaş ^b | 20,68±6,89 | p=0,048 | |
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 23,19±8,12 | t=-0,108 | - |
| Kadın | 23,37±6,83 | p=0,914 | |
| Eğitim durumu | | | |
| Okuryazar ^a | 19,52±4,72 | F=11,699 | a<b<c |
| İlkokul/Ortaokul ^b | 24,20±7,58 | p<0,001 | |
| Lise/Üniversite ^c | 30,30±3,62 | | |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 24,11±7,35 | t=1,533 | - |
| Bekâr | 21,75±6,58 | p=0,129 | |
| Birlikte yaşadığı kişinin varlığı | | | |
| Yalnız | 21,89±7,05 | t=-1,231 | - |
| Ailesiyle | 23,88±7,17 | p=0,221 | |
| Gelir düzeyi | | | |
| Gelirim giderimden fazla | 23,40±6,73 | F=0,198 | - |
| Gelirim giderime eşit | 23,51±7,05 | p=0,821 | |
| Gelirim giderlerimden düşük | 22,15±8,36 | | |
| Kronik hastalığı olma | | | |
| Var ^a | 22,45±7,28 | t=-2,563 | a<b |
| Yok ^b | 27,11±5,26 | p=0,012 | |
| Ameliyat öyküsü olma | | | |
| Var | 23,45±7,11 | t=0,470 | - |
| Yok | 22,36±7,78 | p=0,639 | |
| Fiziksel sınırlılığı olma | | | |
| Var | 23,48±7,11 | t=0,464 | - |
| Yok | 22,56±7,57 | p=0,644 | |
| Yardımcı araç kullanımı | | | |
| Var | 22,67±7,14 | t=-1,895 | - |
| Yok | 26,17±6,69 | p=0,061 | |
| Hastanın yaşadığı sorun | | | |
| Var | 23,03±7,02 | t=-1,158 | - |
| Yok | 25,80±8,20 | p=0,250 | |

Bağımsız örneklem t Test (*t*); tek yönlü ANOVA (*F*)'dir. Koyu olarak verilen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Varyans analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.5'te hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bilgileri anlama alt boyut puanları incelendiğinde; 60-74 yaş grubundakilerin puanları, 75-84 yaş grubundaki hastalardan istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($t=-0,108$; $p=0,914$). Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça bilgileri anlama puan ortalamalarının da arttığı belirlenmiştir ($F=11,699$; $p<0,001$). Kronik hastalığı olanların bilgileri anlama puan ortalamaları olmayanlardan istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($t=-2,563$; $p=0,012$). Cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadığı kişinin varlığı, gelir düzeyi, ameliyat öyküsü olma, fiziksel sınırlılığı olma, yardımcı araç kullanımı ve

sorun yaşama durumuna göre bilgileri anlama puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4. 6. Hastaların özelliklerine göre değer biçme / değerlendirme puanlarının karşılaştırılması.

| Özellikler | X±SS | Test (p) | Fark |
|--|------------|--------------------------------------|---------|
| Yaş | | | |
| 60-74 yaş ^a | 32,05±5,80 | t=3,118 p=0,002 | a>b |
| 75-84 yaş ^b | 27,68±5,67 | | |
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 31,35±5,56 | t=0,290 p=0,773 | - |
| Kadın | 30,94±6,24 | | |
| Eğitim durumu | | | |
| Okuryazar ^a | 27,61±5,98 | F=11,884 p<0,001 | a<(b=c) |
| İlkokul/Ortaokul ^b | 32,02±5,48 | | |
| Lise/Üniversite ^c | 36,40±2,63 | | |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 31,67±5,87 | t=1,431 p=0,156 | - |
| Bekâr | 29,81±6,27 | | |
| Birlikte yaşadığı kişinin varlığı | | | |
| Yalnız | 29,93±6,49 | t=-1,146 p=0,255 | - |
| Ailesiyle | 31,49±5,84 | | |
| Gelir düzeyi | | | |
| Gelirim giderimden fazla | 28,40±7,57 | F=1,608 p=0,206 | - |
| Gelirim giderime eşit | 31,58±5,32 | | |
| Gelirim giderlerimden düşük | 28,92±8,82 | | |
| Kronik hastalığı olma | | | |
| Var ^a | 30,32±6,01 | t=-2,543 p=0,013 | a<b |
| Yok ^b | 34,22±5,16 | | |
| Ameliyat öyküsü olma | | | |
| Var | 31,16±5,97 | t=0,506 p=0,614 | - |
| Yok | 30,18±6,78 | | |
| Fiziksel sınırlılığı olma | | | |
| Var | 31,11±6,04 | t=0,218 p=0,828 | - |
| Yok | 30,75±6,19 | | |
| Yardımcı araç kullanımı | | | |
| Var | 30,68±5,86 | t=-1,263 p=0,210 | - |
| Yok | 32,67±6,68 | | |
| Hastanın yaşadığı sorun | | | |
| Var | 30,76±6,10 | t=-1,418 p=0,159 | - |
| Yok | 33,60±5,02 | | |

Bağımsız örneklem t Test (*t*); tek yönlü ANOVA (*F*)'dir. Koyu olarak verilen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Varyans analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.6 incelendiğinde 60-74 yaş grubundakilerin değer biçme/değerlendirme puan ortalamaları 75-84 yaş grubundakilerden istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($t=-0,108$; $p=0,914$). Okuryazarların değer biçme/değerlendirme puanları diğer eğitim düzeyindeki hastalardan ($F=11,884$; $p<0,001$) ve kronik hastalığı olanların olmayanlardan daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($t=-2,543$; $p=0,013$). Cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadığı kişinin varlığı, gelir düzeyi, ameliyat öyküsü olma, fiziksel sınırlılığı olma, yardımcı araç

kullanma ve sorun yaşama durumuna göre değer biçme/değerlendirme puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4. 7. Hastaların özelliklerine göre uygulama / kullanma puanlarının karşılaştırılması.

| Özellikler | X±SS | Test (p) | Fark |
|--|------------|-----------------|---------|
| Yaş | | | |
| 60-74 yaş | 20,01±3,69 | t=1,851 | - |
| 75-84 yaş | 18,27±4,44 | p=0,067 | |
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 19,69±3,95 | t=0,118 | - |
| Kadın | 19,59±3,94 | p=0,907 | |
| Eğitim durumu | | | |
| Okuryazar ^a | 17,90±3,88 | F=7,162 | a<(b=c) |
| İlkokul/Ortaokul ^b | 20,02±3,75 | p=0,001 | |
| Lise/Üniversite ^c | 22,70±2,45 | | |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 19,33±3,65 | t=-1,012 | - |
| Bekâr | 20,19±4,42 | p=0,314 | |
| Birlikte yaşadığı kişinin varlığı | | | |
| Yalnız | 20,26±4,08 | t=1,008 | - |
| Ailesiyle | 19,36±3,86 | p=0,316 | |
| Gelir düzeyi | | | |
| Gelirim giderimden fazla | 20,00±4,36 | F=0,078 | - |
| Gelirim giderime eşit | 19,54±3,99 | p=0,925 | |
| Gelirim giderlerimden düşük | 19,92±3,59 | | |
| Kronik hastalığı olma | | | |
| Var ^a | 19,10±3,93 | t=-2,754 | a<b |
| Yok ^b | 21,83±3,09 | p=0,007 | |
| Ameliyat öyküsü olma | | | |
| Var | 19,64±4,05 | t=0,143 | - |
| Yok | 19,45±2,91 | p=0,887 | |
| Fiziksel sınırlılığı olma | | | |
| Var | 19,58±3,75 | t=-0,220 | - |
| Yok | 19,81±4,81 | p=0,826 | |
| Yardımcı araç kullanımı | | | |
| Var ^a | 19,19±3,93 | t=-2,243 | a<b |
| Yok ^b | 21,44±3,38 | p=0,027 | |
| Hastanın yaşadığı sorun | | | |
| Var ^a | 19,26±3,85 | t=-2,716 | a<b |
| Yok ^b | 22,70±3,23 | p=0,008 | |

Bağımsız örneklem t Test (t); tek yönlü ANOVA (F)'dir. Koyu olarak verilen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Varyans analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.7 incelendiğinde okuryazarların diğer eğitim düzeyindeki hastalardan (F=7,162; p=0,001), kronik hastalığı olanların olmayanlardan (t=-2,754; p=0,007), yardımcı araç kullananların kullanmayanlardan (t=-2,243; p=0,027) ve sorun yaşayanların sorun yaşamadığını belirtenlerden uygulama kullanma puan ortalamaları istatistiksel olarak düşük bulunmuştur (t=-2,716; p=0,008). Yaş, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadığı kişinin varlığı,

gelir düzeyi, ameliyat öyküsü olma ve fiziksel sınırlılık olma durumuna göre uygulama kullanma puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4. 8. Hastaların özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının karşılaştırılması.

| Özellikler | X±SS | Test (p) | Fark |
|--|--------------|-------------------|-------|
| Yaş | | | |
| 60-74 yaş ^a | 91,14±19,01 | t=3,073 | a>b |
| 75-84 yaş ^b | 77,14±17,87 | p=0,003 | |
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 88,19±19,17 | t=0,080 | - |
| Kadın | 87,83±19,86 | p=0,936 | |
| Eğitim durumu | | | |
| Okuryazar ^a | 75,61±15,30 | F=18,791 | a<b<c |
| İlkokul/Ortaokul ^b | 90,65±18,44 | p<0,001 | |
| Lise/Üniversite ^c | 111,10±7,85 | | |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 89,59±18,94 | t=1,182 | - |
| Bekâr | 84,59±20,69 | p=0,240 | |
| Birlikte yaşadığı kişinin varlığı | | | |
| Yalnız | 85,30±21,12 | t=-0,822 | - |
| Ailesiyle | 88,96±19,00 | p=0,413 | |
| Gelir düzeyi | | | |
| Gelirim giderimden fazla | 85,60±27,32 | F=0,311 | - |
| Gelirim giderime eşit | 88,68±18,83 | p=0,734 | |
| Gelirim giderlerimden düşük | 84,31±22,12 | | |
| Kronik hastalığı olma | | | |
| Var ^a | 84,55±19,07 | t=-3,751 | a<b |
| Yok ^b | 102,56±14,69 | p<0,001 | |
| Ameliyat öyküsü olma | | | |
| Var | 88,22±19,51 | t=0,411 | - |
| Yok | 85,64±20,92 | p=0,682 | |
| Fiziksel sınırlılığı olma | | | |
| Var | 87,98±19,47 | t=0,053 | - |
| Yok | 87,69±20,78 | p=0,958 | |
| Yardımcı araç kullanımı | | | |
| Var ^a | 85,79±18,68 | t=-2,269 | a<b |
| Yok ^b | 97,17±21,24 | p=0,026 | |
| Hastanın yaşadığı sorun | | | |
| Var ^a | 86,42±19,37 | t=-2,261 | a<b |
| Yok ^b | 100,90±17,09 | p=0,026 | |

Bağımsız örneklem t Test (*t*); tek yönlü ANOVA (*F*)'dir. Koyu olarak verilen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Varyans analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.8'de sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının hastaların demografik özelliklerine göre karşılaştırılması incelendiğinde; 75-84 yaş grubunun puanı 60-74 yaş grubundan daha düşük bulunmuştur (t=3,073; p=0,003). Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça (F=18,791; p<0,001) sağlık okuryazarlığı puanları artmıştır. Kronik hastalığı olanların olmayanlardan (t=-3,751; p<0,001), yardımcı araç kullananların kullanmayanlardan (t=-2,269; p=0,026) ve sorun yaşayanların yaşamayanlardan sağlık okuryazarlığı puanları düşük bulunmuştur (t=-2,261; p=0,026). Cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadığı kişinin varlığı,

gelir düzeyi, ameliyat öyküsü olma ve fiziksel sınırlılığı olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanlarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır.

4.4. Hastaların Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.9. Hastaların özelliklerine göre öz bakım gücü puanlarının karşılaştırılması.

| Özellikler | X±SS | Test(p) | Fark |
|--|--------------|-------------------|---------|
| Yaş | | | |
| 60-74 yaş ^a | 92,66±20,58 | t=2,079 | a>b |
| 75-84 yaş ^b | 82,82±15,19 | p=0,040 | |
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 85,58±19,40 | t=-1,462 | - |
| Kadın | 92,20±19,84 | p=0,147 | |
| Eğitim durumu | | | |
| Okuryazar ^a | 82,48±15,44 | F=14,675 | (a=b)<c |
| İlkokul/Ortaokul ^b | 90,05±19,10 | p<0,001 | |
| Lise/Üniversite ^c | 116,90±13,25 | | |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 91,05±19,87 | t=0,445 | - |
| Bekâr | 89,13±20,04 | p=0,657 | |
| Birlikte yaşadığı kişinin varlığı | | | |
| Yalnız | 88,48±20,24 | t=-0,593 | - |
| Ailesiyle | 91,16±19,78 | p=0,555 | |
| Gelir düzeyi | | | |
| Gelirim giderimden fazla | 96,40±28,50 | F=0,633 | - |
| Gelirim giderime eşit | 90,83±19,36 | p=0,534 | |
| Gelirim giderlerimden düşük | 85,54±19,98 | | |
| Kronik hastalığı olma | | | |
| Var ^a | 86,63±17,77 | t=-4,212 | a<b |
| Yok ^b | 106,78±20,52 | p<0,001 | |
| Ameliyat öyküsü olma | | | |
| Var | 91,18±19,83 | t=1,058 | - |
| Yok | 84,45±19,86 | p=0,293 | |
| Fiziksel sınırlılığı olma | | | |
| Var | 90,31±19,92 | t=-0,103 | - |
| Yok | 90,88±20,09 | p=0,918 | |
| Yardımcı araç kullanımı | | | |
| Var | 88,91±19,28 | t=-1,549 | - |
| Yok | 96,89±21,47 | p=0,125 | |
| Hastanın yaşadığı sorun | | | |
| Var | 89,51±19,66 | t=-1,300 | - |
| Yok | 98,10±20,78 | p=0,197 | |

Bağımsız örneklem t Test (*t*); tek yönlü ANOVA (*F*)'dır. Koyu olarak verilen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Varyans analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.9 incelendiğinde; öz bakım gücü puan ortalamalarının 60-74 yaş grubundaki hastaların 75-84 yaş grubundakilerden yüksek olduğu ($t=2,079$; $p=0,040$), okuryazarların ilkokul/ortaokul eğitim düzeyindekilerle eşit lise/üniversite eğitim düzeyindekilerden ($F=14,675$; $p<0,001$) ve kronik hastalığı olanların ise olmayanlardan ($t=-4,212$; $p<0,001$) daha düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadığı kişinin varlığı,

gelir düzeylerine, ameliyat öyküsü olma, fiziksel sınırlılığı olma, yardımcı araç kullanma ve sorun yaşama durumlarına göre öz bakım gücü puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır.

4.5. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler ve Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Öz Bakım Gücü Puanları Üzerinde Etkisi

Tablo 4. 10. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve boyutları ile öz bakım gücü ölçeği arasındaki ilişkiler (n=96).

| | Öz bakım gücü ölçeği |
|-----------------------------|----------------------|
| Bilgiye erişim | r=0,672 p<0,001 |
| Bilgileri anlama | r=0,629 p<0,001 |
| Değer biçme/Değerlendirme | r=0,576 p<0,001 |
| Uygulama/kullanma | r=0,574 p<0,001 |
| Sağlık okuryazarlığı ölçeği | r=0,756 p<0,001 |

Pearson korelasyon katsayısı (*r*), Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (*p*<0,05).

Tablo 4.10 incelendiğinde hastaların sağlık okuryazarlığı puanları ile öz bakım gücü puanları arasında pozitif yönlü, güçlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığının alt boyutları olan bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma puanları ile öz bakım gücü puanları arasında ise orta düzeyde ilişki bulunmuştur (*p*<0,05).

Tablo 4.11. Sağlık okuryazarlığı puanlarının öz bakım gücü puanları üzerinde etkisi (n=96).

| | β | se | z β | t | p | β için %95 Güven Aralığı | |
|------------------------------------|---------|-------|-----------|---------------|--------------|--------------------------------|--------|
| | | | | | | Alt | Üst |
| Model: Öz bakım gücü ölçeği | | | | | | | |
| Sabit | 23,028 | 6,161 | | 3,738 | 0,000 | 10,796 | 35,260 |
| Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği | 0,766 | 0,068 | 0,756 | 11,202 | 0,000 | 0,630 | 0,902 |

Model Anlamlılığı: $F=125,484$; $p<0,001$; $R^2=0,572$

β : Regresyon katsayısı, se: Standart hata, z β : Standardize edilmiş regresyon katsayısı, R^2 : Belirleyicilik Katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (*p*<0,05).

Tablo 4.11’de yaşlı ortopedi hastalarında sağlık okuryazarlığı puanlarının öz bakım gücü puanlarına etkisinin doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesine yer verilmiştir. Kurulan modeller istatistiksel olarak önemlidir ($F=125,484$; $p<0,001$). Artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ile değerlendirilmiştir. Durbin-Watson değeri 2,242 olarak bulunmuştur. Artıkların normalliği Q-Q grafikleri ile değerlendirilmiş olup artıkların normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Modele göre sağlık okuryazarlığı puanındaki bir birimlik artış öz bakım gücü puanını 0,766 puan arttırmaktadır.

Kurulan modele göre sağlık okuryazarlığı puanı öz bakım gücü puanlarını %57,2 düzeyinde açıklamaktadır.

4.6. Hastaların Öz Bakım Gücü Puanlarını Etkileyen Faktörler

Tablo 4. 12. Öz bakım gücü puanlarını etkileyen faktörler (n=96).

| | β | Se | z β | t | p | β için %95 Güven Aralığı | |
|--|---------|--------|-----------|---------------|--------------|--------------------------------|--------|
| | | | | | | Alt | Üst |
| Model: Öz bakım gücü | | | | | | | |
| Sabit | 25,477 | 18,695 | | 1,363 | 0,176 | -11,676 | 62,629 |
| Yaş | 0,112 | 0,207 | 0,039 | 0,541 | 0,590 | -0,299 | 0,522 |
| Cinsiyet (Ref: Erkek) | -10,199 | 3,434 | -0,230 | -2,970 | 0,004 | -17,024 | -3,374 |
| Eğitim durumu | 5,902 | 2,929 | 0,184 | 2,015 | 0,047 | 0,080 | 11,723 |
| Kronik hastalığı (Ref: Var) | -6,872 | 3,556 | -0,136 | -1,932 | 0,057 | -13,939 | 0,196 |
| Yardımcı araç/gereç kullanımı (Ref: Var) | 0,294 | 3,565 | 0,006 | 0,082 | 0,934 | -6,792 | 7,379 |
| Hastanın yaşadığı sorun (Ref: Var) | -0,657 | 4,454 | -0,010 | -0,147 | 0,883 | -9,509 | 8,195 |
| Sağlık Okuryazarlığı | 0,630 | 0,090 | 0,622 | 6,994 | 0,000 | 0,451 | 0,809 |

Model Anlamlılığı: $F=21,418$; $p<0,001$; $R^2=0,630$

β : Regresyon katsayısı, se: Standart hata, z β : Standardize edilmiş regresyon katsayısı, R2: Belirleyicilik Katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.12’de yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalığı olma, yardımcı araç kullanımı, hastanın yaşadığı sorun ve sağlık okuryazarlığı puanlarının öz bakım gücü puanlarına etkisinin doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi yer almaktadır. Kurulan modeller istatistiksel olarak önemlidir ($F=21,418$; $p<0,001$). Artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ile değerlendirilmiştir. Durbin-Watson değeri 2,111 olarak bulundu. Artıkların normalliği Q-Q grafikleri ile değerlendirilmiş olup artıkların normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Modele göre erkeklerin öz bakım gücü puanları kadınlardan 10,199 birim düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücü 5,902 puan artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı puanındaki bir birimlik artış öz bakım gücü puanını 0,630 puan arttırmaktadır. Kurulan modele göre yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalığı olma, yardımcı araç kullanımı, hastanın yaşadığı sorun ve sağlık okuryazarlığı puanı öz bakım gücü puanlarını %63 düzeyinde açıklamaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulguların literatür doğrultusunda;

5.1. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tartışılması

5.2. Hastaların Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puanlarının Tartışılması

5.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Tartışılması

başlıkları altında yer verilmiştir.

5.1. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tartışılması

Bu çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı puanları $87,93 \pm 19,58$ ile ölçek ortalamasının biraz üzerindedir. Alt boyutlar incelendiğinde de çalışmaya katılan hastaların bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme / değerlendirme ve uygulama / kullanma puanlarının ölçek toplam puanları ile uyumlu olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Çimen ve Bayık Temel (2017) tarafından aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmada 550 yaşının sağlık okuryazarlık düzeyi $87,96 \pm 13,89$ ile bu çalışma ile benzerken, Çetin ve Yılmaz (2022) tarafından cerrahi kliniğinde yatan hastalarla yapılmış olan çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $100,82 \pm 15,62$; Ay ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada $105,05 \pm 16,44$; Kerkez ve Şahin (2023) tarafından yapılan çalışmada ise $107,37 \pm 13,11$ ile bu çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan ölçeklerden farklı olarak Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin kullanıldığı çalışmalara rastlanmış farklı sonuçların elde edildiği dikkati çekmiştir. Bu çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyleri yetersiz (Güner ve ark. 2020), sorunlu-sınırlı (Ertuğrul ve Albayrak 2021; Kan ve Sevim 2023) ve yeterli (Okur ve ark. 2021; Özcan ve Özkaraman 2021) bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki bu farklılıklar çalışmaların yaş, sosyo-ekonomik düzey, eğitim durumu gibi özellikleri farklı gruplarla gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Lans ve ark. (2023) ortopedi hastalarında sağlık okuryazarlığı ile ilgili sistematik derlemede, inceledikleri 9 çalışmadan 5'inde sağlık okuryazarlıklarının yüksek, 4'ünde ise orta veya düşük, 3 çalışmada sınırlı olarak saptandığı bildirmiştir. Narayanan ve ark.'nın (2021) total kalça protezi uygulanmış 453 hasta ile yapmış oldukları çalışmada hastaların %65,3'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi normal bulunurken %34,7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bulunmuştur.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkileyen özellikler incelendiğinde; yaşa, eğitim durumuna, kronik hastalığı olmasına, yardımcı araç kullanımına ve hastanın yaşadığı

sorunun varlığına göre anlamlı fark görülmüştür (Tablo 4.8). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bilgiye erişim alt boyutunda farklılıkların ölçek toplamıyla aynı olduğu dikkati çekmiştir (Tablo 4.4). Bilgileri anlama ve değer biçme / değerlendirme alt boyutlarında ise ölçek toplamından farklı olarak yardımcı araç kullanımı ve hastanın yaşadığı sorunun varlığının etkili olmadığı (Tablo 4.5; Tablo 4.6), uygulama kullanma alt boyutunda ise yaşın etkili olmadığı (Tablo 4.7) gözlenmiştir. Öğrenmenin bilişsel süreçlerine benzer yapılanma ve boyutlara sahip olan sağlık okuryazarlığı ölçeği ile alt boyutları arasında hastaların özelliklerine göre farkın değişiklik göstermesi, verilen içeriği hatırlama, anlama, uygulama ve değerlendirmenin basit bilgidен karmaşık öğrenme süreçlerine yönelmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada hastaların yaşları arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşmüştür ($p<0,05$), (Tablo 4.8). Benzer çalışmalarda yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azalmasını destekler niteliktedir (Çelikyürek ve ark., 2020; Çimen ve Bayık Temel, 2017; Özdemir ve ark., 2010). Bu durum artan yaşla birlikte bilişsel yetilerin azalması ya da eğitim durumu gibi değişkenlerle birlikte ele alınmalıdır.

Bu çalışmada eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p<0,001$), (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8). Literatüre bakıldığında bu çalışmaya benzer şekilde eğitim düzeyinin yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yükseldiği sonucuna ulaşılan çalışmalar bulunmaktadır (Çimen ve Bayık Temel, 2017; Okyay ve Abacıgil 2016; Özdemir ve ark., 2010). Genel olarak eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin pozitif yönde ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Patel ve ark.'nın (2011) çalışmasında yaş ve eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığının önemli bir göstergesi olduğu sonucuna ulaşıırken, cinsiyet gibi diğer değişkenlerin sağlık okuryazarlığı üzerinde önemli bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Patel ve ark., 2011). Çimen ve Bayık Temel (2015) çalışmalarında kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulurken, Özdemir ve ark. (2010) erkeklerin sağlık okuryazarlığı puanının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Okyay ve Abacıgil (2016) ise cinsiyet açısından sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Bu çalışma da kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8). Çimen ve Bayık Temel (2015) çalışmalarını tamamen kronik hastalığı olan bir grupta gerçekleştirmişler,

hastaların sağlık okuryazarlığı puanları bu çalışma ile tamamen benzer çıkmıştır. Kronik hastalığı olan bu grupta sağlık hizmetlerine erişimde %51.3'ü çok zorluk çektiğini belirtmiş ve sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık sayısı ve kronik hastalık süresi ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Hastaneye yatma sayısı ve acil servise başvurma sayısı arttıkça ölçek puanının düştüğü belirtilmiştir. Tüm bunlar sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olmasının, kronik hastalıkların ortaya çıkması ve tedavi ve bakım gereksinimlerinin artması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Bu çalışmada hastanın yardımcı araç kullanan ve yorgunluk, uykusuzluk, ağrı, bulantı gibi tedavi ve bakım sürecine ilişkin sorunlar yaşadığını belirtenler de sağlık okuryazarlığı düşük çıkmıştır. Bu konuda literatüre rastlanmamış, yine sağlık okuryazarlığı düşük ise yardımcı araç kullanımı ve sorun yaşama süresinde artış olabileceği düşünülmüştür.

5.2. Hastaların Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puanlarının Tartışılması

Bu çalışmada hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları $90,41 \pm 19,84$ bulunmuştur (Tablo 4.9). Ortopedik cerrahi geçiren hasta gruplarında yapılan; Dönmez ve ark.'nın (2019) lomber disk hernili hastalarla yaptıkları çalışmada $73,32 \pm 24,36$; Demir'in (2023) ortopedi ameliyatı geçirmiş 51 hasta ile yapmış olduğu çalışmada $88,52 \pm 11,16$; Kızıl'ın (2018) total kalça artroplastisi yapılmış hastalarla yaptığı çalışmada $90,45 \pm 15,22$; Xing ve ark.'nın (2020) eksternal fiksasyon tedavisi uygulanmış 110 hastayla yapmış oldukları çalışmada $101,70 \pm 20,14$ olarak bu çalışmaya yakın sonuçlar bulunmuştur. Yaşlılarda (Altay ve Avcı, 2009; Aydın ve Sayılan 2022; Türk ve ark., 2019) ve diğer hasta gruplarında (Bıçakçı, 2010; Çeliktürk ve Edeer, 2019; Eraydın, 2016; Erzurumlu, 2018; Üstündağ ve Zengin, 2010; Yılmaz ve Aşilar, 2022) gerçekleştirilen çalışmalarda da öz bakım güçlerinin benzer aralıklarda ölçek ortalamasına yakın değerlerde olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada 60-74 yaş grubundaki bireylerin öz bakım gücü toplam puan ortalamalarının 75-84 yaş grubundaki bireylerden istatistiksel olarak daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,040$), (Tablo 4.9). Literatür incelendiğinde; yaş ile öz bakım gücü arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar (Erci ve ark., 2017; Dönmez ve ark., 2019; Erzurumlu, 2018; Yılmaz ve Aşilar, 2016) olduğu gibi, yaş ile öz bakım gücü arasında ilişki bulunmayan çalışmalarda (Çeliktürk ve Edeer, 2019; Eraydın, 2016; Kızıl, 2018; Üstündağ ve Zengin, 2010) mevcuttur.

Bu araştırmada eğitim düzeyi en düşük olan okuryazar grubun öz bakım gücü puanları daha eğitimi olan hastalardan istatistiksel olarak düşüktür ($p<0,001$), (Tablo 4.9). Literatür incelendiğinde, eğitim düzeyi ile öz bakım gücünü ilişkili bulan çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (Akyol ve ark., 2007; Bıçakçı, 2010; Eraydın, 2016; Erci ve ark., 2017; Erzurumlu, 2018; Kızıl, 2018; Muz ve Eğlence, 2013; stndağ ve Zengin, 2010; Yılmaz ve Aşılar, 2022).

Bu araştırmada kronik hastalığı olanların öz bakım gücü puanları olmayanlardan istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0,001$), (Tablo 4.9). Yılmaz ve Aşılar (2022) ek kronik hastalıkların olup olmamasını da sorguladıkları çalışmada kronik hastalık sayısı arttıkça öz bakım gücünün düştüğü sonucuna ulaşılmışlardır. Erzurumlu (2018) kronik hastalığı olan hastalarla olmayan hastaların öz bakım gücü arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bu araştırmada cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşanılan kişinin varlığı, gelir düzeyi, ameliyat öyküsü olma, fiziksel sınırlılığı olma, yardımcı araç kullanma, sorun yaşama durumlarının öz bakım gücüne etkisi bulunmamıştır (Tablo 4.9). Erci ve ark. (2017), Erzurumlu (2018) ve stndağ ve Zengin (2010) araştırmalarında erkeklerin kadınlara göre öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$), Eraydın'ın (2016) araştırmasında ise tersine erkeklerin puanlarının kadınlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir ($p<0,05$). eliktrk ve Edeer (2019), Kızıl (2018) ve Yılmaz ve Aşılar (2022) alışmalarında hastaların cinsiyeti ile öz bakım gücü arasında fark bulunmamıştır. Bu çalışmanın aksine medeni durumu evli olanların öz bakım gücü puanlarının daha yüksek bulunduğu çalışmalara rastlanmıştır (Erzurumlu 2018; Yılmaz ve Aşılar 2022). Kızıl'ın (2018) araştırmasında ise hastaların medeni durumları ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Birlikte yaşanılan kişinin varlığı, fiziksel sınırlılık, yardımcı araç kullanımı ve yaşanılan sorun olup olmamasının öz bakım gücüne etkisine ilişkin bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır.

5.3. Sağlık Okuryazarlığı ve z Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı leği ve boyutları ile öz bakım gücü leği arasında pozitif yönlü, güçlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Gerçekleştirilen doğrusal regresyon sonucu sağlık okuryazarlığı puanındaki bir birimlik artışın öz bakım gücü puanını 0,766 puan arttırdığı ve sağlık okuryazarlığı puanının öz bakım gücü puanlarını %57,2 düzeyinde açıkladığı bulunmuştur. Çalışmada dikkate alınan diğer değişkenlerle gerçekleştirilen çoklu regresyonda ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalığı olma, yardımcı araç kullanımı, hastanın yaşadığı sorun ve sağlık okuryazarlığı puanları öz bakım gücü

puanlarını %63 düzeyinde açıklamaktadır. Xing ve ark.'nın (2020) external fiksasyon uygulanan kırıklı hastalarda yaptıkları çalışmada; hastaların sahip oldukları sağlık bilgisiyle, öz bakım gücü arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur ($r= 0,231$; $p=0,019$). Farklı örneklem gruplarında sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi araştıran başka çalışmalara rastlanmış, yaşlı ve ortopedik rahatsızlığı olan hasta grubunun sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücünün ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Türkoğlu (2016) Isparta'da sağlıklı gönüllülerde yapmış olduğu çalışmada sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur ($r=0,375$; $p<0,01$). Pazarözyurt ve Özkan (2023) gebelerin sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akbolat, Doğanyığıt ve Amarat (2021) dahiliye ve kardiyoloji polikliniğindeki 300 hasta ile yapmış oldukları çalışmada sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Lee ve Suh (2018) yapmış oldukları çalışmada sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasında önemli derecede pozitif ilişki bulunmuştur.

Bireylerin, yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan sağlık etkinliğini başlatma ve sürdürme gücünü ifade eden öz bakım gücünü sağlayabilmesi, kendi bakımını bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesi için sağlık okuryazarlığı düzeyinin önemli bir etmen olduğu anlaşılmaktadır. Bireyin öz bakım gücü düzeyinin düşük olması hastanede kalış süresinin ve/veya iyileşme süresinin uzamasına, bireyin öz bakım faaliyetini bağımsız bir şekilde yerine getirme kapasitesinin düşmesine yol açacaktır. Bu durum öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin dikkate alınarak bakımın planlanmasının çok önemli olduğunu düşündürmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Ortopedi kliniğinde tedavi olan yaşlı hastaların sağlık okuryazarlığı ve öz bakım gücü arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların yaş ortalamaları $68,83 \pm 6,87$, %72,9'u kadın, %32,3'ü okuryazar, %57,3'ü ilkokul/ortaokul mezunu ve %10,4 lise/üniversite mezunudur.
- Hastaların "sağlık okuryazarlığı ölçeği" puanları $87,93 \pm 19,58$; "öz bakım gücü ölçeği" puanları ise $90,41 \pm 19,84$ bulunmuştur.
- Hastaların sağlık okuryazarlığı puanları ile öz bakım gücü puanları arasında pozitif yönlü, güçlü ilişki; sağlık okuryazarlığının alt boyutları olan bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma puanları ile öz bakım gücü puanları arasında ise orta düzeyde ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Sağlık okuryazarlığı puanındaki bir birimlik artış öz bakım gücü puanını 0,766 puan arttırmakta ve sağlık okuryazarlığı puanı öz bakım gücü puanlarını %57,2 düzeyinde açıklamaktadır.
- Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalığı olma, yardımcı araç/gereç kullanımı, hastanın yaşadığı sorun ve sağlık okuryazarlığı puanı öz bakım gücü puanlarını %63 düzeyinde açıklamaktadır.
- Hastaların özelliklerine göre öz bakım gücünü yaş, eğitim durumu ve kronik hastalığı olma durumları etkilemektedir.
- Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ise, yaş, eğitim durumu, kronik hastalığı olma, yardımcı araç kullanma ve sorun yaşama durumlarından etkilenmiştir ($p < 0,005$).

6.2. Öneriler

Bu çalışma da sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça özbakım gücünün arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç doğrultusunda toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasının önemli olduğu ortaya konmuştur. Sağlık okuryazarlığının bireyin bağımsız bir şekilde kendi bakımını yerine getirebilme yetisi üzerinde ciddi bir etkisi olduğu söylenebilir. Yaşlı ve ortopedik problemleri olan hastalarda da sağlık okuryazarlıklarının güçlendirilmesi ile öz bakım güçlendirilebilecektir. Bu doğrultuda sağlık okuryazarlık düzeyini geliştirmeye yönelik müdahale çalışmalarına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin

yükseltilmesiyle toplumsal olarak sağlık davranışlarımızın olumlu yönde değişmesi, sağlık hizmetlerini etkili ve verimli kullanılması, bu sayede sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklardan tasarruf sağlanacağı öngörülebilir. Yaşlı bireylerin daha çok kullandığı kitle iletişim araçlarında sağlık bilgilerine yönelik kamu spotlarının ve bilgilendirici yayımların artırılması önerilir.

Yaşlı hastaların öz bakım gücünün artırılması, hasta sonuçlarını olumlu etkileyecektir. z bakım gücünün arttırılması; yaşlıların refahını, konforunu ve yaşam kalitesini arttırırken sağlık kuruluşları üzerindeki iş gücünün ve sağlığa ayrılan maliyetin azalmasını sağlayabilir. Bu çalışmada öz bakım gücünü etkilediği tespit edilen; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalığı olma, yardımcı araç kullanımı ve hastanın yaşadığı sorunların dikkate alınarak tedavi ve bakımın planlanmasının hasta sonuçları açısından önemli olduğu unutulmamalıdır ve klinik uygulamalara yansıtılmalıdır. Bu nedenle konuya ilişkin sağlık profesyonellerine eğitimler verilmesi de tavsiye edilir.

Farklı sağlıklı ve hasta gruplarda sağlık okuryazarlığı ile zbakım gücü ilişkisini araştıran çalışmaların gerçekleştirilmesi; sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanmaya, karar verme yeteneğinin artmasına ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine ilişkin etkisinin araştırılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Akbolat, M., Doğanyigit, P. B., & Amarat, M. (2021). Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesine Etkisinde Özbakım Gücünün Aracı Rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1): 69-75.
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., & Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4): 354-362.
- Akpınar, Varer, C., Mandracioğlu, A., Ozvurmaz, S., Kurt, F., & Koç, N. (2023). Kırsal bir bölgede kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyumu ve sağlık okuryazarlığı. *Ege Tıp Dergisi*, 62(3): 406-417.
- Akyol, A., D., Çetinkaya, Y., Bakan, G., Yaralı, S. & Akkuş, S. (2007). Self-Care Agency and Factors Related to This Agency Among Patients With Hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 679-687.
- Akyüz, E. & Büyükyılmaz, F. (2024). Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakım Gereksinimi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(1): 87-93.
- Akyüz, E., Ünlü, H., Uğurlu, Z., & Elbaş, N.H.Ö. (2021). Ortopedik Cerrahi Geçiren Hastaların Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Yaşam Kalitesindeki Değişikler. *Sağlık ve Toplum*, 31(3), 79-93.
- Alparlan, B., & Çullu, E. (2000). Menisküs Yaralanmaları ve Cerrahi Tedavileri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2000; 1(1):47-55
- Altay, B. & Avcı, İ.A. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumunu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4); 275-282.
- Aras, Z., & Temel, A. B. (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Flornance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85-94.
- Ay, Karakayalı, Ç., Benli, T. E., & Özşahin, Z. (2022). Doğum Sonu Dönem Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 1068-1080.
- Aydın, A. & Aydın, Sayılan, A. (2022). The Relationship Between Self-Care Agency and Successful Aging in Individuals Aged 65 or Over. *Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 67-77.
- Berkman, N., D., Sheridan, S., L., Donahue, K., E., Halpern, D., J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Bilge, A., Ulusoy, R. G., Üstebay, S. & Öztürk, Ö. (2018). Osteoartrit. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 8(1), 133-142.
- Bıçakçı, H. (2010). Doğum Sonrası Annelerin Öz-bakım Gücünün Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluklarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi.
- Bölüktaş, R. P. (2019). Yaşlılığa genel bakış. Temel Gerontoloji. R.P. Bölükbař (Ed.). İstanbul Üniversitesi Açıktañ ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. 8-14.
- Chang, M., Baker, S. J., Dos Santos Marques, I. C., Liwo, A. N., Chung, et all. (2020). Health Literacy in Surgery. *Health Literacy Research and Practice*, 4(1), 45-65.
- Chen, A. M. H., Yehle, K. S., Plake, K. S., Murawski, M. M. & Mason, H. L. (2011). Health Literacy and Self-Care of Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 446-451.
- Cohen, J., "Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (Revised ed.)", 1977.
- Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., et all. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. *Atencion Primaria*, 46, 180-186.
- Çeliktürk, N., & Durmaz Edeer, A. (2019). Self-Care Agency and Associated Factors in Heart Transplant Patients. *Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*, 31(3). 148-154.
- Çelikyürek, N. A., Meydan, Acımış, N. & Özcan, B. (2020). Bir Üniversite Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Etmenler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(2), 258-266.
- Çetin, F. & Yılmaz, E. (2022). Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlık Algısı ve Ameliyat Korkusuna Etkisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 61-67.

- Çimen, Z. & Temel, A. B. (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Çopuroğlu, C. & Heybeli, N. (2011). Yaşlılarda Ortopedik Sorunlar. *GeroFarm*, 2(1), 1-10.
- Dal, Ü., Bulut, H. & Güler, Demir, S. (2012). Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1.
- Damar, H., T. & Bilik, Ö. (2018). Artroplasti Ameliyatı Olan Yaşlı Hastaların Ağrı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 1(3): 104-112.
- Day, S. & Karpman, R. (2004). *Geriatric Orthopedics. New frontiers in the geriatrics research*. New York: American Geriatrics Society, 303-338.
- Değerli, H. & Tüfekçi, N. (2018). Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 467-488.
- Demirağ, M. D. & Öztürk, M. A. (2009). Romatoid Artritli Hastanın Operasyona Hazırlanması. *Türkiye Klinikleri Rheumatology-Special Topics*, 2(1), 107-114.
- Demir, B. & Demir, İ. (2023). Analysis of the relationship between pain, anxiety, depression, and self-care agency in patients who underwent major orthopedic surgeries. *Medicine Science*, 12(2), 574-578.
- Demirel, A. & Kırap, M. (2010). Romatoid Artrit Tedavisinde Geleneksel ve Güncel Yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 74-84.
- Diñer, A. & Kurşun, Ş. (2019). Yaşlı Bireylerin Cerrahi Girişim Sonrası Evde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 518-523.
- Dıgın, F. & Kızılcık, Özkan, Z. (2021). Yaşlı Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Durumlarının Belirlenmesi. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 6(3), 413-418.
- Dönmez, Y. C., Van Giersbergen, M. Y., Başlı, A. A., Yıldız, M. D., & Yıldız, E. (2019). Lomber disk hernisi olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve öz-bakım gücünün belirlenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 1628-1641.
- Durusu, Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray, Ready, N., Çakır, B. & ark. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası.
- Eraydın, C. (2016). Stomalı Hastalarda Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi.
- Erci, B., Yılmaz, D. & Budak, F. (2017). Yaşlı Bireylerde Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumunun Umud Düzeylerine Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 72-76.
- Erdil, F. & Bayraktar, N. (2010). Yaşlı Bireylerde Kas-İskelet Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 18(2), 106-113.
- Erdoğan, E. G. & Örsal, Ö. (2019). Türk Hemşirelerinde Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıkları: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 11(3).
- Ertuğrul, B. & Albayrak, S. (2021). Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarna yönelik tutum ve davranışlarıyla ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 186-195.
- Erzurumlu, E. (2018). İnmeli Hastaların Öz Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi.
- Fadıloğlu, Ç., Pehlivan, S., Ersoy, S. & Ugan, Y. (2015). Romatoid Artritli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 27-38.
- George, J. B. (2011). *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson, 127-161.
- Gildasio, S. De. O. Jr., McCarthy, R. J., Wolf, M. S. & Holl, J. (2015). The Impact of Health Literacy in the Care of Surgical Patients: A Qualitative Systematic Review. *BMC Surgery*, 15, 1-7.
- Güler, Demir, S., Kalkan, N. & Taştan, S. (2018). Ortopedi ve Travmatoloji Hemşirelerinin Değişen ve Gelişen Rolü: Fraktür Liyezon Hemşireliği. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 53-62
- Günel, Ö., Tuncel, U., & Ülger, A. (2012). Tüm Yönleriyle Osteomyelit. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(1), 50-63.

- Gürler, H. (2021). Femur Kırığı Nedeni ile Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Bakım Gereksinimleri. *Journal of Education and Research in Nursing*, 2021; 18(4): 415-422.
- Hadden, K. B., Prince, L. Y., Bushmaier, M. K., Watson, J. C. & Lowry Barnes, C. (2018). Health Literacy and Surgery Expectations in Total Hip and Knee Arthroplasty Patients. *Patient Education and Counseling*, 101(10), 1823-1827.
- İlçe, A. (2021). Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. İç: S. Çelik (Ed.), *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar*. Ankara: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 667-708
- İnanç, Y., İnanç, Y., Ay, H., Arlier, Z., & Kocatürk, Ö. (2014). Karpal tünel sendromu: 126 olgunun demografik açıdan değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 242-246.
- Kan, Z. & Sevim, E. (2023). Sağlık Okuryazarlığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 641-654.
- Kaya, Ç. (2020). Total Diz Protezi Planlanan Hastalara Verilen Danışmanlığın Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücüne Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Doktora Tezi*.
- Kearney, B. Y. & Fleischer, B. J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing and Health*, 2(1), 25-34.
- Kerkez, N. & Şahin, T. (2023). Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı İlişkisi İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 336-346.
- Kim, H.Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 37(44), pp. 52-54.
- Kıskaç, N. & Babaoğlu, E. (2021). Hemşirelerin Hastaların Özbakım Gereksinimlerine Yönelik Uygulanan Hemşirelik Müdahalelerine Bakış Açılarının Kalitatif İncelenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 49-60.
- Kızıllı, K. (2018). Total Kalça Artroplastisi Yapılmış Hastaların Öz-bakım Gücü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*.
- Konateke, S., & Güner, Ş. İ. (2022). Serebral Kist Hidatiği Olan Hastanın Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(2).
- Korkmaz, S. (2011). Kalça Kırığı Nedeniyle Protez Uygulanan Yaşlı Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi).
- Kömürcü, M. & Özkan, A. (2009). Romatoid Artrit Tedavisinde Ortopedik Girişimler. *Türkiye Klinikleri Rheumatology-Special Topics*, 2(1), 115-122.
- Köse, G. & Güler Demir, S. (2019). Kas İskelet Sistemi Cerrahisinde Bakım. İç: M. Karadağ & H. Bulut (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği*. Ankara: Vize Basın Yayın, 821-883.
- Lans, A., Bales, J. R., Fourman, M. S., Borkhetaria, P. P., Verlaan, J. et al. (2023). Health Literacy in Orthopedic Surgery: A Systematic Review. *HSS Journal*, 19(1), 120-127.
- Lee, S., Y., & Suh, R., S. (2018). Influence of Health Literacy and Self-care Agency on Health Promotion Behavior in Nursing Students
- Liu, Y. B., Xue, L. L., Xue, H. P., & Hou, P. (2018). Health Literacy, Self-Care Agency, Health Status and Social Support Among Elderly Chinese Nursing Home Residents. *Health Education Journal*, 77(3), 303-311.
- Liu, Y., Li, Y., Chen, Y., & Liu, L. (2015). The Influence of Health Literacy on Self-Care Agency in an Older Adult Population in Xinjiang, China. *Iranian Journal of Public Health*, 44(11), 1553-1554.
- Majithia, V. & Geraci, S. A. (2007). Rheumatoid arthritis: diagnosis and management. *The American Journal of Medicine*, 120(11), 936-939.
- Menendez, E. M., Mudgal, C. S., Jupiter, J. B. & Ring, M. (2015). Health Literacy in Hand Surgery Patients: A Cross-Sectional Survey. *The Journal of Hand Surgery*, Vol:40, 798-804.
- Muz, G., & Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 15-21.
- Nahcivan, N. O. (2004). A Turkish Language Equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scala. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824.

- Nam, H. J., & Yoon, J. Y. (2021). Linking Health Literacy to Self-Care in Hypertensive Patients with Physical Disabilities: A Path Analysis Using a Multi-Mediation Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3363.
- Narayanan, Arvind, S., Stoll, Kurt, E., Pratson, Lincoln, F., Lin, F. C., Olcott C. W. et all. (2021). Musculoskeletal Health Literacy is Associated With Outcome and Satisfaction of Total Knee Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 36, 192-197.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Oğuzöncül, A. F. & Kurt, O. (2020). Halk Sağlığı Bakışıyla Türkiye’de Kas İskelet Hastalıkları. (Ed: Saka, G.). *Halk Sağlığı Bakışıyla Türkiye’de Kronik Hastalıklar*. 1. Baskı. 4-52.
- Okur, E., Evcimen, H. & Yağcı Şentürk, A. (2021). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 18-24.
- Okyay, P. & Abacıgil, F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice* (4th ed.) St. Louis, MO: Mosby-Yearbook.
- Özcan, G. & Özkaraman, A. (2021). Tip 2 diabetes mellitus hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 3-16.
- Özdemir, H., Alper, Z. Uncu, Y. & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Özgenel, G. Y., Bayraktar, A., Özbek, S., Selçuk, A. & Kahveci, R. (2010). Karpal tünel sendromu: 92 olgunun geriye dönük değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(3), 95-98
- Özkan, S., Aksakal, B., Çalışkan, D., Uğraş, Dikmen, A. & Tüzün, H. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Parker, R. (2000). Health Literacy a Challenge for American Patients and Their Health Care Providers. *Health Promoth International*, 15(4), 277-283.
- Patel, P. J., Steinberg, J., Goveas, R., Pedireddy, S., et all. (2011). Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African-American patients. *Patient education and counseling*, 85(3), 505-507.
- Pazarözyurt, A. & Özkan, H. (2023). Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 91-102.
- Rosel, P. A. E. & Parker, M. J. (2003). Functional Outcome After Hip Fracture: 1-year Prospective Outcome Study of 275 Patients. *International Journal of the Care of the Injured*, 34, 529-532.
- Savcı, A. & Bilik, Ö. (2014). Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatrik Değerlendirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), 156-163.
- Schober P, Boer C & Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia and analgesia* 2018; 126(5): 1763-1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Serarslan, Y., Melek, İ. M., & Duman, T. (2008). Karpal tünel sendromu. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (1), 45-49.
- Sezgin, D. (2014). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, Özel Sayı (3), 73-92.
- Sorensen, K., & Brand, H. (2014). Health literacy lost in translations? Introducing the European health literacy glossary. *Health Promotion International*, 29(4): 634-644.
- Sorensen, K., Pelikan, M., J., Röthlin, F., Ganahl, K., et all. (2015). Health Literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey. *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, et all. (HLS-EU) Consortium health literacy project european. *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health*. 2012; 12(1): 80.
- Sungur, İ., Kural, C., Yılmaz, M., & Ertürk, H. (2006). Halluks valgus. *Haseki Tıp Bülteni*, 44(2), 1-9.
- Tanık, N., Sarp, Ü., Çelikkilek, A., Uçar, M., Balbaloğlu, Ö., Ak, H., & Atalay, T. (2014). Karpal tünel sendromu: 350 hastanın klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(3).

- Turan, N. & Sendir, M. (2019). Defining Care Needs For Inpatients in The Orthopaedics and Traumatology Clinic. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1001-1007.
- Türk, R., Akkuş, Y. & Sönmez, T. (2019). Relationship between self-care ability and happiness in elderly individuals. *Çukurova Medical Journal*, 44, 366-374.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). Erişim Tarihi: 23.04.2024
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-53710#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,10%2C2've%20y%C3%BCkseldi.>
- Türkoğlu, Ç. (2016). Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi.
- Uğurlu, N., Bolat, M. & Erdem, S. (2010). Yaşlılarda özbakım gücünü etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 56-62.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3. ISBN: 978-92-1-148373-4 Erişim adresi: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- Usta, E. & Aygün, D. (2015). Yaşlı Hastanın Ameliyat Sonrası Bakımı Neden Farklı Olmalı?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015;5(3): 59-65.
- Utma, S. (2019). Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (5), 223-231.
- Üstündağ, H., & Zengin, N. (2010). Baş Boyun Kanseri Nedeni İle Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 63-68.
- Waryasz, G. R., Gill, J. A., Chiou, D., Ramos, P., Schiller, J. R. & DaSilva, M. F. (2016). Patient Comprehension of Carpal Tunnel Surgery: An Investigation of Health Literacy. *American Association for Hand Surgery*, 12(2), 175-180.
- Wasserman, A. (2018). Rheumatoid arthritis: common questions about diagnosis and management. *American Family Physician*, 97(7), 455-462.
- Wong, K. K., Velasquez, A., Powe, N. R. & Tuot, D. S. (2018). Association Between Health Literacy and Self-Care Behaviors Among Patients With Chronic Kidney Disease. *BMC Nephrology*, 19, 1-8.
- Xing, J., Sun, N., Li, L., Lv, D., Geng, S., & Li, Y. (2020). Factors influencing self-care in outpatients with external fixation in China. *Journal of International Medical Research*, 48(2); 1-9
- Yalman, A. (2020). Osteoartrit Epidemiyolojisi ve Klasifikasyonu. İçinde; Hepgüler, A. S. (Ed.). *Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 1. Baskı, 1-8.
- Yavaş, Çelik, M. (2019). Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı ve Bu Kurama Göre Sağ Ayak Bileği ve Pelvis Kırığı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 29(3), 99-104.
- Yıldırım, S., Özgür, G. & Babacan, Gümüş, A. (2007). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23(2), 93-103.
- Yılmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Yılmaz, Y., & Aşıl, R. H. (2022). Hipertansiyon Hastalarında Uyku Kalitesinin Öz Bakım Gücü ve Kan Basıncı Kontrolüne Etkisi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 9(3), 278-287.
- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74.
- Yüce, Erdoğan, G., & Muz, G. (2023). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuyazarlığı Düzeyinin Kronik Hastalığa Uyum ile İlişkinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1115-1123.
- Zubaroglu, Yanardağ, M., Özer, Ö. & Özmen, S. (2021). Investigating Self-Care Agency and Well-Being of Elderly People. *Social work in public health*, 36(4), 496-508.



8. EKLER

8.1. EK 1 Anket Formu

Bu çalışma sağlık okuryazarlığı düzeyinin hastanın bağımsız bir şekilde öz bakım faaliyetlerini yerine getirebilmesi için ihtiyaç duyduğu öz bakım gücü üzerinde bir etkisi olup olmadığını araştırmak amacıyla planlandı. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler, gizli kalacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Samed Kapu
Doç. Dr. Saide FAYDALI

- 1) Yaş:.....
- 2) Cinsiyet: a) Erkek b) Kadın
- 3) Eğitim durumu: a) Okur-yazar b) İlkokul-Ortaokul c) Lise
d) Üniversite e) Yüksek lisans/doktora
- 4) Medeni durumu: a) Evli b) Bekar
- 5) Birlikte yaşadığınız kişiler? a) Yalnız b) Çekirdek aile c) Geniş aile
d) Huzurevi e) Diğer
- 6) Yaşadığınız yer: a) İl b) İlçe c) Kasaba d) Köy
- 7) Çalışma durumu: a) Çalışıyorum
b) Hiç çalışmadım.....
c) Çalışıyordum emekli oldum
- 8) Gelir düzeyi: a) Gelirim giderlerimden fazla
b) Gelirim giderlerime eşit
c) Gelirim giderlerimden düşük
- 9) Hastanın düzenli olarak yanında kalan refakatçisi var mı? a) Var b) Yok
- 10) Bakımınıza destek veren kişi/kişiler: a) Var () Eşim () Çocuğum () Bakıcı
b) Yok
- 11) Ameliyat nedeninizden başka bir kronik hastalığınız var mı?
a) Var (Ne olduğunu yazınız.)
b) Yok
- 12) Daha önce ameliyat oldunuz mu?
a) Oldum (Ne olduğunu yazınız.)
b) Yok
- 13) Hastanın tıbbi tanısı/cerrahi öncesi tanısı:.....
- 14) Hastaya uygulanan cerrahi operasyon nedir?.....Yeri.....
- 15) Hastanın kullandığı veya tedavisi için var olanları işaretleyiniz.
() Alçı/Atel () Fiksator () Sonda () Vakum destekli kapatma
() Santral venöz katater () Hemovac dren () Diğer.....
- 16) Yardımcı araç/gereç kullanımı var mı?
() Baston-Koltuk Değneği () Tekerlekli sandalye () Yürüteç
() Diğer.....
- 17) Varsa şu an yaşadığınız sorunları işaretleyiniz.
() Ağrı () Yorgunluk () Kabızlık () Güçsüzlük/Dermansızlık
() Uykusuzluk () Bulantı/ () Şişlik/Ödem () Diğer.....

8.2. EK 2 Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.

Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

| İfadeler | Beni hiç tanımlamıyor | Beni pek tanımlamıyor | Fikrim yok | Beni biraz tanımlıyor | Beni çok tanımlıyor |
|---|-----------------------|-----------------------|------------|-----------------------|---------------------|
| 1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim. | () | () | () | () | () |
| 2.Kendimi beğeniyorum. | () | () | () | () | () |
| 3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim. | () | () | () | () | () |
| 4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum. | () | () | () | () | () |
| 5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum. | () | () | () | () | () |
| 6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim. | () | () | () | () | () |
| 7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım. | () | () | () | () | () |
| 8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım. | () | () | () | () | () |
| 9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim. | () | () | () | () | () |
| 10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım. | () | () | () | () | () |
| 11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm. | () | () | () | () | () |
| 12.Dengeli beslenirim. | () | () | () | () | () |
| 13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım. | () | () | () | () | () |
| 14.Sağlığımı dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım. | () | () | () | () | () |
| 15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum. | () | () | () | () | () |
| 16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum. | () | () | () | () | () |
| 17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım. | () | () | () | () | () |
| 18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum. | () | () | () | () | () |
| 19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım. | () | () | () | () | () |
| 20.Kendimle dostum. | () | () | () | () | () |
| 21.Kendime iyi bakarım. | () | () | () | () | () |
| 22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur. | () | () | () | () | () |
| 23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım. | () | () | () | () | () |
| 24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim. | () | () | () | () | () |
| 25.Yaşam bir zevktir. | () | () | () | () | () |
| 26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum. | () | () | () | () | () |
| 27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim. | () | () | () | () | () |
| 28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım. | () | () | () | () | () |
| 29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum. | () | () | () | () | () |
| 30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum. | () | () | () | () | () |
| 31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim. | () | () | () | () | () |
| 32.Kendime bakmak için bilgileneceğim çalışırım | () | () | () | () | () |
| 33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum. | () | () | () | () | () |
| 34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum. | () | () | () | () | () |
| 35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım. | () | () | () | () | () |

8.3. EK 3 Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

| BİLGİYE ERİŞİM | Hiç Zorluk Çekmiyorum | Az Zorluk Çekiyorum | Biraz Zorluk Çekiyorum | Çok Zorluk Çekiyorum | Yapamayacak Durumdayım |
|---|-----------------------|---------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz? | | | | | |
| 2.Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz? | | | | | |
| 3.Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz? | | | | | |
| 4.Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz? | | | | | |
| 5.Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz? | | | | | |
| BİLGİLERİ ANLAMA | | | | | |
| 6.İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz? | | | | | |
| 7.Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz? | | | | | |
| 8.Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz? | | | | | |
| 9.Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz? | | | | | |
| 10.Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz? | | | | | |
| 11.Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz? | | | | | |
| 12.Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz? | | | | | |
| DEĞER BİÇME/DEĞERLENDİRME | | | | | |
| 13.Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz? | | | | | |
| 14.Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz? | | | | | |
| 15.Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz? | | | | | |
| 16.Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz? | | | | | |
| 17.Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz? | | | | | |
| 18.Sağlık personeli, arkadaşlarımız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz? | | | | | |
| 19.Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz? | | | | | |
| 20.Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz? | | | | | |
| UYGULAMA/KULLANMA | | | | | |
| 21.Doktor, hemşire ya da eczacınızın size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz? | | | | | |
| 22.Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz? | | | | | |
| 23.Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz? | | | | | |
| 24.Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz? | | | | | |
| 25.Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz? | | | | | |

8.4. EK 4 Etik Kurul İzni



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Toplantı Sayısı: 35 | Toplantı Tarihi: 05.07.2023 |
|---------------------|-----------------------------|

Karar Sayısı:2023/493:(Başvuru ID:14880) N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Saide FAYDALI'nın "Ortopedi Kliniğinde Yatan Yaşlı Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü. Öğrenci Samed KAPU'nun yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Saide FAYDALI'nın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Saide FAYDALI
Yardımcı Araştırmacılar: Yüksek Lisans Öğrencisi Samed KAPU

ASLI GİBİDİR
05.07.2023

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı

8.5. EK 5 Kurum İzni



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-14567952-900-370784
Konu : Samed KAPU (Araştırma İzni)

19.07.2023

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14.07.2023 tarihli ve E-12866609-300-369305 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Doç.Dr. Saide FAYDALI'nın danışmanlığını yürüttüğü 218411014044 numaralı yüksek lisans öğrencisi Samed KAPU'nun, "Ortopedi Kliniğinde Yatan Yaşlı Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ
Başhekim

8.6. EK 6 Ölçek Kullanım İzinleri

8.6.1. Sağlık okuryazarlık ölçeği

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Gelen Kutusu x

↕ 🖨️ 📧

S

Samed Kapu

26 Nis 2023 15:27

☆

Hocam merhaba; İsmim Samed Kapu, Necmettin Erbakan Üniversitesi'nde Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrenimi ...

a

Ayla Bayık Temel

26 Nis 2023 20:39

☆

↩️

⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Samed Kapu

Uzman Hemşire Zühal Aras ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Makaleye **Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;25(2):85-94** sayısında ulaşabilirsiniz ölçeğin son hali ve kullanımını makalede açık verilmiştir, açıklanmıştır. Makaledeki formu kullanınız. İlginize teşekkür ederim, başarılar dilerim.
Prof. Dr. Ayla Bayık Temel

Samed Kapu

, 26 Nis 2023 Çar, 15:32 tarihinde şunu yazdı:

8.6.2. Öz-bakım gücü ölçeği

n

NURSEN NAHCIVAN

📧 10 Mayıs Çar 08:56

☆

↩️

⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Samed KAPU,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeğini araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dilekleriyle,

--

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Emekli Öğretim Üyesi

Samed Kapu

, 26 Nis 2023 Çar, 15:32 tarihinde şunu yazdı:

8.7. EK 7 Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli Hastamız,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı yüksek lisans öğrencisi olan Samed Kapu, Doç. Dr. Saide Faydalı danışmanlığında “Ortopedi Kliniğinde Yatan Yaşlı Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi” konulu bir yüksek lisans tez çalışması planladı. Bu çalışma ile, sağlık okuryazarlığı ile gücü ilişkisini ve etkileyen faktörleri ortaya koyarak elde ettiğimiz sonuçların hasta bakım uygulamalarına yön vereceğini düşünmekteyiz. Araştırma kapsamında size bir anket ve iki ölçekten oluşan sorularımızı yönelteceğiz. Cevaplama sürenizin 10-20 dakika arasında olacağını tahmin etmekteyiz.

Araştırma sürecinde size farklı herhangi bir müdahalede bulunulmayacak, tedavi ve bakımınız aksamayacaktır. Yapılan değerlendirmeler, sizde ağrı ve rahatsızlığa neden olmayacaktır. Araştırma hiçbir risk içermemektedir. Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesi doğrultusunda olup, istediğiniz zaman araştırmadan hiçbir gerekçe göstermeden ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılım için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir. İstemeniz halinde anket formunun bir kopyası da size verilecektir. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz aldığımız bakım ya da tedavinin aksamasına yol açmayacaktır. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait verilere ulaşabilir. Araştırma ile ilgili herhangi bir zamanda ilave bilgi edinmek isterseniz Samed Kapu’ya aşağıda verilen telefon numaralarından ulaşabilirsiniz. Araştırmaya vereceğiniz gönüllü katkı için teşekkür ederiz.

Hasta olarak bu araştırmanın amacını ve bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılımın gönüllülük doğrultusunda olduğunu, istediğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım.

Hastanın Adı-Soyadı ve İmzası/Tarih:

Araştırmacıların Adı-Soyadı ve İmzası/Tarih:
Samed Kapu

Tanık Olan Kişinin Adı-Soyadı ve İmzası/Tarih:

Araştırmacıların İletişim Adresleri:

Samed Kapu

Adres:

Telefon:

Doç. Dr. Saide Faydalı

Adres:

Telefon: