



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİRECEK HASTALARIN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN SAĞLIK ALGISI VE
KAYGI ÜZERİNE ETKİSİ

Busenur ALDEMİR

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nuray AKYÜZ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

Temmuz, 2024

TEZ KABUL VE ONAYI

Busenur ALDEMİR tarafından, **Doç. Dr. Nuray AKYÜZ** danışmanlığında hazırlanan "**ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİRECEK HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN SAĞLIK ALGISI VE KAYGI ÜZERİNE ETKİSİ**" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **17/07/2024** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

	Tez Jürisi	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Nuray AKYÜZ İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
ÜYE	Doç. Dr. Yasemin USLU İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Busenur ALDEMİR

(İmza)

“Hayatımın her alanında olduğu gibi lisansüstü eğitimim sürecinde de desteğini hiç
esirgemeyen değerli aileme ithaf ediyorum...”

BÜTÇE DESTEKLERİ

ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİRECEK HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN SAĞLIK ALGISI VE KAYGI ÜZERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı başkanı **Doç. Dr. Nuray AKYÜZ**'e,

Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ, Doç. Dr. Ezgi SEYHAN AK ve **Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU** olmak üzere eğitimime katkı sağlayan Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Tez aşamasında bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana yol gösteren değerli sorumlu hemşirem **Hilal EVGİN**'e,

Tez aşamasında desteğini esirgemeyen kıymetli hemşire arkadaşlarım **Aslı KARADAĞ, Betül NACAR, Fidan ÇELİK**'e ve tüm ekip arkadaşlarıma,

Araştırmanın kurumda yürütülmesinde yardımcı olan **Op. Dr. Nadi Nazım ÖZTÜRK**'e,

Tez dönemim boyunca yanımda olan ve beni cesaretlendiren canım arkadaşım **İrem ALTUN**'a ve tüm yüksek lisans sınıf arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan annem **Sevim ALDEMİR**, babam **Mehmet ALDEMİR** ve ağabeyim **Barış ALDEMİR**'e çok teşekkür ediyorum.

Temmuz 2024

Busenur ALDEMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ.....	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	x
TABLO LİSTESİ	xi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	3
2.1. Safra Sistemi.....	3
2.1.1. Safra Kesesi ve Safra Yolları Anatomisi.....	3
2.1.2. Safra Kesesi Fizyolojisi	4
2.1.3. Safra Taşları Etiyolojisi ve Fizyopatolojisi	6
2.1.4. Safra Taşları Epidemiyolojisi	6
2.1.5. Safra Taşları Risk Faktörleri	7
2.1.6. Safra Taşlarının Klinik Belirti ve Bulguları	7
2.1.7. Safra Taşlarının Tanı Yöntemleri.....	8
2.1.8. Safra Taşlarının Tedavi Yöntemleri	8
2.1.8.1. Açık Kolesistektomi	9
2.1.8.2. Laparoskopik Kolesistektomi	9
2.1.9. Hemşirelik Bakımı.....	10
2.1.9.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	10
2.1.9.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	11
2.2. Abdominal Ön Duvar ve İnguinal Bölge.....	12
2.2.1. Anatomisi	12

2.2.2. Fıtık Tipleri ve Sınıflandırılması	13
2.2.3. Fıtık Epidemiyolojisi	15
2.2.4. Fıtık Tanı Yöntemleri	15
2.2.5. Fıtık Tedavi Yöntemleri	16
2.2.5.1. Tıbbi Tedavi	16
2.2.5.2. Cerrahi Tedavi	16
2.2.6. Hemşirelik Bakımı.....	17
2.2.6.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	17
2.2.6.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	17
2.3. Sağlık Okuryazarlığı.....	18
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	19
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması.....	20
2.3.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	21
2.3.4. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı	21
2.3.5. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi.....	22
2.4. Sağlık Algısı	24
2.4.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi	25
2.4.2. Hemşirenin Rolü.....	25
2.5. Kaygı	27
2.5.1. Kaygının Belirtileri.....	28
2.5.2. Ameliyata Özgü Kaygının Nedenleri	28
2.5.3. Ameliyata Özgü Kaygının Etkileri	29
2.5.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Ameliyata Özgü Kaygı İlişkisi	29
2.5.5. Hemşirelik Bakımı.....	29
3. YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	31
3.2. Araştırmanın Soruları	31
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	32
3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	32
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	33
3.6. Veri Toplama Araçları.....	33
3.6.1. Veri Toplama Formu	33

3.6.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ).....	33
3.6.3. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ).....	34
3.6.4. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ).....	34
3.7. Verilerin Toplanması.....	34
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	35
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
KAYNAKLAR.....	68
EKLER	86
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	95
ETİK KURUL İZİN YAZISI	96
KURUM İZİNİ YAZILARI	103
ÖZGEÇMİŞ.....	105

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1.1: Safra Kesesi ve Safra Yollarının Anatomik Yapısı	4
Şekil 2.1.2: Safra Yapımını, Safra Kesesinin Kasılmasını ve Oddi Sfinkterinin Gevşemesini Uyarıcı Faktörler.....	5
Şekil 2.1.3: Safra Taşı Tipleri a) Pür Kolesterol Taşları b) Pigment Taşları c) Miks Taşlar.....	6
Şekil 2.2.1: Abdominal Ön Duvar Kasları	13
Şekil 2.2.2: Abdominal Ön Duvar ve İnguinal Bölge Fıtıkları.....	15

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	36
Tablo 4.2: Hastaların Sağlık Davranışı ve Sağlık Algısı İlişkili Özellikleri	37
Tablo 4.3: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	38
Tablo 4.4: Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	39
Tablo 4.5: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SOYÖ Puan Ortalamaları	40
Tablo 4.6: Hastaların Sağlık Davranışı ve Sağlık Algısı İlişkili Özelliklerine Göre SOYÖ Puan Ortalamaları	42
Tablo 4.7: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamaları	43
Tablo 4.8: Hastaların Sağlık Davranışı ve Sağlık Algısı İlişkili Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamaları	45
Tablo 4.9: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre AÖKÖ Puan Ortalamaları.....	46
Tablo 4.10: Hastaların Sağlık Davranışı ve Sağlık Algısı İlişkili Özelliklerine Göre AÖKÖ Puan Ortalamaları	48
Tablo 4.11: Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler.....	49
Tablo 4.12: Hastaların Sağlık Algısı Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler	50
Tablo 4.13: Hastaların Ameliyata Özgü Kaygı Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler	51

SİMGE VE KISALTIMA LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
B	: Standartlaştırılmamış Regresyon Tahmini
d	: Etki Büyüklüğü
F	: Tek Yönlü ANOVA Testi
N	: Çalışma Evreni Hacmi
n	: Örneklem Sayısı
p	: Anlamlılık Eşiği
r	: Pearson Korelasyon Katsayısı
t	: Bağımsız Örneklem T Testi
β	: Standartlaştırılmış Regresyon Tahmini
%	: Yüzde
\pm	: Artı Eksi

Kısaltmalar	Açıklama
ANOVA	: Analysis of Variance
AÖKÖ	: Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DW	: Durbin Watson Test İstatistiği
MR	: Manyetik Rezonans
Ort.	: Ortalama
SH	: Standart Hata
SAÖ	: Sağlık Algısı Ölçeği
SOYÖ	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
Ss	: Standart Sapma
Tol	: Tolerans Değeri
USG	: Ultrasonografi
VIF	: Varyans Enflasyon Faktörü

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİRECEK HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN SAĞLIK ALGISI VE KAYGI ÜZERİNE ETKİSİ

Busenur ALDEMİR

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Nuray AKYÜZ

Aldemir, B., 2024, *Abdominal Cerrahi Girişim Geçirecek Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlık Algısı ve Kaygı Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Araştırma abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve ameliyata özgü kaygı üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bir şehir hastanesinin genel cerrahi servisinde 27 Kasım 2023-22 Şubat 2024 tarihleri arasında abdominal cerrahi girişim geçirecek hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleme G-power (versiyon 3.1.) paket programı ile 143 olarak hesaplandı ve araştırma örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 145 hasta ile tamamlandı. Veriler, araştırma için etik kurul, kurum izni ve hastalardan sözlü ve yazılı izin alındıktan sonra “Veri Toplama Formu”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)”, “Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)” ve “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)” kullanılarak ameliyattan bir gün önce yüz yüze görüşme tekniğiyle toplandı. Araştırmanın istatistiksel hesaplamaları SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı (versiyon 26) kullanılarak yapıldı. Araştırma verileri incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının 51,48±12,97 yıl, %61,4’ünün kadın, %86,2’sinin çocuk sahibi, %60,7’sinin eğitim düzeyinin ilköğretim ve altında olduğu, %53,1’inin sağlığını iyi olarak değerlendirdiği belirlendi. Erkek cinsiyetin, artan eğitim

düzeşinin ve sağlığını iyi olarak değerlendirmenin hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini artıran bağımsız değerşkenler olduğu saptandı. Hastaların SOYÖ toplam puan ortalaması 102,48±15,21, SAÖ toplam puan ortalaması 50,08±7,40 ve AÖKÖ toplam puan ortalaması 25,77±7,48 olarak hesaplandı. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık algısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. Araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyi artarken sağlık algısının da arttığı, ameliyata özgü kaygı düzeyinin ise azaldığı belirlendi. Buna göre sağlık algısını artırmak ve ameliyata özgü kaygı düzeyini azaltmak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gereklidir. Bu konuda hemşirelerin danışman ve eğitici rolüne özgü hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması, ayrıca araştırmanın sonuçlarının genellenebilmesi için örneklem sayısının artırılarak konu ile ilgili daha fazla araştırma yapılması önerilebilir.

Temmuz 2024 , |121| sayfa.

Anahtar kelimeler: |Abdominal Cerrahi, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı, Kaygı |

ABSTRACT

[M.Sc. THESIS]

[THE EFFECTS OF HEALTH LITERACY LEVELS OF PATIENTS UNDERGOING
ABDOMINAL SURGERY ON HEALTH PERCEPTION AND ANXIETY]

[Busenur ALDEMİR]

İstanbul University-Cerrahpaşa
Institute of Graduate Studies
Department of Surgical Nursing
Surgical Nursing Programme

[Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Nuray AKYÜZ]

Aldemir, B., 2024, *The Effects of Health Literacy Levels of Patients Undergoing Abdominal Surgery on Health Perception and Anxiety*, Master's Thesis, Istanbul University-Cerrahpaşa Graduate Education Institute, Department of Surgical Diseases Nursing, Istanbul.

This study was carried out as a descriptive study in order to determine the effects of health literacy levels of patients undergoing abdominal surgery on health perception and surgery-specific anxiety. The population of the study consisted of patients who will undergo abdominal surgery in the general surgery service of a city hospital in İstanbul between 27.11.2023 and 22.02.2024. The study was completed with 145 patients who met the sampling inclusion criteria. The data were collected by face to face interview technique one day before the operation using the “Data Collection Form”, “Health Literacy Scale (HLS)”, “Health Perception Scale (HPS)” and “Anxiety Specific to Surgery Questionnaire (ASSQ)”. The data were analyzed using SPSS version 26. It was determined that the mean age of the patients was $51,48 \pm 12,97$ years, 61,4% were female, 86,2% had children, 60,7% had primary education or below and 53,1% evaluated their health as good. It was determined that male gender, increasing education level and evaluating their health as good were the independent variables that increased the health literacy level of the patients. The mean total score of the HLS was $102,48 \pm 15,21$, the mean total score of the HPS was $50,08 \pm 7,40$ and the total mean score of the ASSQ was $25,77 \pm 7,48$. As a result of the research, it was determined that while the level of health literacy increased, the health perception increased and the level of surgery-specific

anxiety decreased. Accordingly, it is necessary to develop health literacy in order to increase the health perception and reduce the level of surgery-specific anxiety. In this regard, it may be recommended to plan and implement nursing interventions specific to the role of nurses as consultants and educator, and to conduct more research on the subject by increasing the number of samples in order to generalize the results of the research. |

July 2024, |121 |pages.

Keywords: |Abdominal Surgery, Health Literacy, Health Perception, Anxiety |



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını “iyilik halini korumak ve geliştirmek amacıyla kişilerin sağlık ile ilgili bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve kullanma yetenekleri ve isteklerine dair sosyal ve bilişsel becerileridir” şeklinde tanımlamıştır. Sağlık okuryazarlığı; kişilerin yaşam süresince yaşam kalitelerini artırmaları, hastalıklardan korunmaları ve sağlıklarını geliştirmelerine ilişkin kararları alabilmeleri için sağlık ile ilgili gerekli bilgilere erişerek bilgileri anlamaları, değerlendirmeleri ve uygulamaları konusunda kişilerin bilgisini, becerisini ve güdüsünü gerektiren bir kavramdır (Yalçın Balçık ve diğ., 2014).

Sağlık okuryazarlığı ameliyat sonuçlarını etkileyen önemli bir kavramdır. Cerrahi girişim geçiren hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması ameliyat sonrası komplikasyonları ve hastanede kalış süresini artırmaktadır. Cerrahi hastalarının işlemlerin yapısını, risklerini ve yararlarını anlaması, perioperatif yönergelere uyması ve girişimlere ilişkin anlaşılması zor bakım kararlarını verebilmesi açısından sağlık okuryazarlığının önemi büyüktür (Çetin ve E. Yılmaz, 2022).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili benimsenen politikalar, kabul edilen ölçekler, yapılan çalışmalar ve uygulanan projeler arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi de artacaktır. Artan sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımın kalitesini ve sağlık bilincini arttırarak sağlık hizmetlerine ayrılan zamanı ve maliyeti azaltacaktır. Sağlık bakımının merkezinde önemli bir rol alan hemşireler sağlık okuryazarlığı konusunda en fazla katkıyı sağlayan meslek grubu olmalıdır. Bu amaçla hemşirelik müfredatında sağlık okuryazarlığına daha çok yer verilmelidir. Hemşireler sağlık okuryazarlığını kavramak ve hasta birey ve ailesinin sağlık okuryazarlığını yükseltmek için sorumluluk almalıdır. Hemşireler bu konudaki sorumluluklarını hasta iletişimde hassas yaklaşımlar benimseyerek, konu ile ilgili araştırma yaparak ve eğitimler vererek yerine getirmelidir (E. Kaya ve Karaca Sivrikaya, 2019).

Bireylerin sağlığı ile ilgili duygularının, düşüncelerinin, beklentilerinin ve önyargılarının hepsini içeren sağlık algısı, sağlığına ilişkin olumlu düşünceleri olan bireyler için “iyi sağlık algısı”, olumsuz düşünceleri olanlar için ise “kötü sağlık algısı” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık algısı ve sağlığın geliştirilmesi birbirleriyle doğrudan ilişkili olup ikisi de bireylerin sağlığı geliştirici davranışları kazanması ve sürdürmesini hedefler. İyi sağlık

algısı bireylerin sağlıklı yaşam biçimini benimsemesine ve karşılaştıkları sağlık sorunlarında durumu iyi yönetmesine katkı sağlar (Dursun ve diğ., 2019).

Kişinin sağlığına etki eden davranışları kavramasında, yorumlamasında ve yerine getirmesinde sağlık okuryazarlığı düzeyi önemlidir. Yaşlanma döneminde yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve sürdürülebilir olması sağlığın önemini özümsemekle mümkün olup bu da sağlık okuryazarlığı düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeydeki kişiler koruyucu sağlık hizmetlerini daha çok önemserler ve bu kişilerin yararlı sağlık davranışlarına yatkınlığı daha fazladır (Kuloğlu ve Uslu, 2022).

Eski Yunanca bir kavram olan “anxietas”tan türeyen kaygı “nesnel olmayan tehlike durumunda edinilen endişe” diye ifade edilmektedir. Kaygı; fizyolojik değişimlerin ve korku, sinirlilik, gerginlik hissi ve kötü düşüncelerin bir araya gelmesini kapsayan tepkiler şeklinde tanımlanmaktadır (Bulut, 2017).

Cerrahi girişim çoğu hastanın şiddetli stres ve korku yaşamasına yol açmaktadır. Bu hastalarda ölüm, belirsizlik, kontrol kaybı ve ağrı korkusuyla sıkça karşılaşılmaktadır. Hastalar doku ve organ kaybı, vücut bütünlüğünün bozulması, uyanamama ve cinsel işlev bozukluğuyla alakalı da kaygı duyabilirler. Kaygı hastalığın gidişatını, hastanın bakımını, hastalığa uyumunu, iyilik halini ve yaşam kalitesini kötü etkileyebilir, tedavi masraflarını ve tedavi süresini arttırabilir ve başka hastalıkları ortaya çıkarabilir. Ameliyat öncesinde kaygı düzeyinin yüksek olması komplikasyonlara ve anestezi ve analjezik ihtiyacının artmasına sebep olmaktadır. Güvenli bir cerrahi girişim için ameliyat öncesinde kaygının kontrol edilebilmesi çok önemlidir (Bulut, 2017; Gök ve Kabu Hergül, 2020).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin azalmasının hastaların ameliyat öncesi bilgiye erişme, bilgiyi anlama, bilgiyi yorumlama ve değerlendirme kabiliyetinin iyi olması ve böylece ameliyat öncesi sürece aktif katılıp süreci iyi yönetebilmesinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Bulun Yediyıldız, 2021).

Cerrahi girişim geçirecek bireylerde sağlık okuryazarlığı, algılanan sağlık ve ameliyata özgü kaygının beraber değerlendirildiği çalışma sayısı oldukça azdır. Abdominal cerrahi girişim geçirecek olanların “sağlık okuryazarlığı seviyelerinin sağlık algısı ve kaygıya etkisini” belirlemek üzere yapılan çalışmanın literatürde edineceği yer ve ameliyata ilişkin kaygı düzeyini azaltmak ve sağlık algısını arttırmak için danışmanlık ve eğitici rolüne özgü girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında hemşirelere göstereceği yol itibarıyla önemli olduğu düşünülmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. SAFRA SİSTEMİ

2.1.1. Safra Kesesi ve Safra Yolları Anatomisi

Safra kesesi, karaciğerde yapılan safranın toplanıp yoğun hale getirildiği ve karaciğerin 4. ve 5. kısmının altındaki çukurda bulunan armut şeklinde olan mukoza, adele ve seroza katlarıyla çok ince duvarlı aksesuar bir organdır (Aksoy, 2017; Yurddaş, 2022). 50 mililitreye kadar safrayı alabilen kese 3-4 cm genişlik ve 7-10 cm uzunlukta bir organdır (Okçul, 2022).

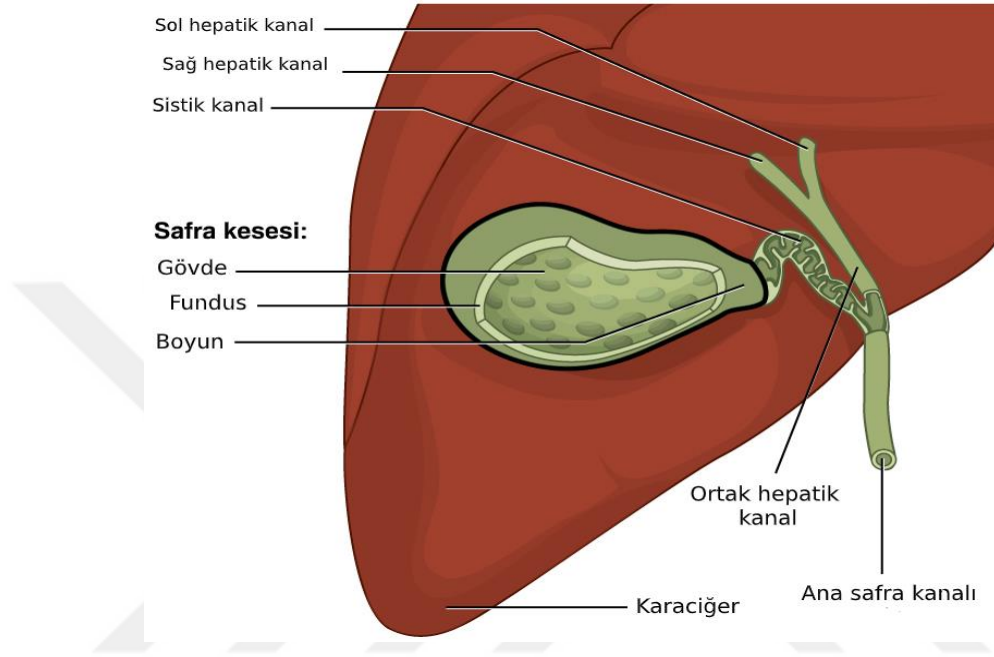
Safra kesesini oluşturan dört bölüm şunlardır: fundus, korpus, infundibulum ve kollum (boyun). Karaciğerin sağ lobu altında bulunan fundus yuvarlak ve kesenin en çok düz kas bulunduran bölümüdür. Pilor, transvers kolon ve duodenuma komşu olan korpus kesenin en çok elastik doku bulunduran depolama alanıdır. Korpus ve kollum arasındaki geçiş kısmı ise infundibulum olarak tanımlanır. İfundibulumun altında kolluma yakın olan asimetrik bombelik Hartman kesesi olarak adlandırılır. Kollum sistik çukurun en derin yerine yerleşmiş ve infundibulumun ardından en dar bölümdür. Karaciğere tutunmasını sağlayan bağ dokusunun içinde sistik arter yer alır (Selçok, 2023).

Safra kesesinin arteriyel beslenmesi sağ hepatik arterden dallanan sistik arter ile sağlanırken venöz dönüşümü sistik ven tarafından sağlanır ve portal vene dökülür. Safra kesesinin otonomik inervasyonu çölyak gangliyonu tarafından sağlanırken sensitif inervasyonu ise frenik sinir tarafından sağlanır (Fritsch ve Kuehnel, 2007/2013).

Safra kesesinin boynundan başlayan sistik kanal başladığı yerden kıvrılarak sola ve aşağı doğru ortak hepatik kanal ile bir araya gelir. İntrahepatik ve ekstrahepatik olarak ikiye ayrılan safra yollarından intrahepatik olan safra kapillerlerinden başlar. Karaciğer hücrelerinin aralarında bulunan kapillerler, kübik epitel ve dōşeli borucuklar şeklindedir. Kapillerler birleşerek terminal safra yollarını meydana getirirler. Karaciğer içinde ilerleyen terminal safra yolları bir araya gelirler ve ilerledikçe kanalların sayısı azalarak çapları büyür. Bunlar önce karaciğerin loblarındaki sağ hepatik kanal ve sol hepatik kanalı meydana getirirler sonra bu kanallar porta hepatiste bir araya gelerek ana hepatik kanalı meydana getirirler. Ana hepatik kanal ekstrahepatik safra yollarının girişini oluşturur. Sistik kanalla ana hepatik kanalın bir araya gelmesiyle koledok denilen ana safra kanalı meydana gelir. Bu birleşme çok yukarıda

veya çok aşağıda olabilirken çok nadir de olsa hiç olmayıp kanallar birbirinden ayrı duodenuma açılabilir (Akgün Toprak, 2019).

Koledok kanalı, pankreatik kanalla beraber vater ampullasında duodenuma açılır. Oddi sfinkteriyle sarılmış olan bu açıklık ampulla, pankreas kanalı, alt koledok ve üst koledok sfinkteri olarak 4 sfinkter bulundurur (Aksoy, 2017).



Şekil 2.1.1: Safra Kesesi ve Safra Yollarının Anatomik Yapısı

Kaynak: https://tr.wikipedia.org/wiki/Safra#/media/Dosya:2425_Gallbladder-tr.png (Erişim tarihi: 14.04.2024)

2.1.2. Safra Kesesi Fizyolojisi

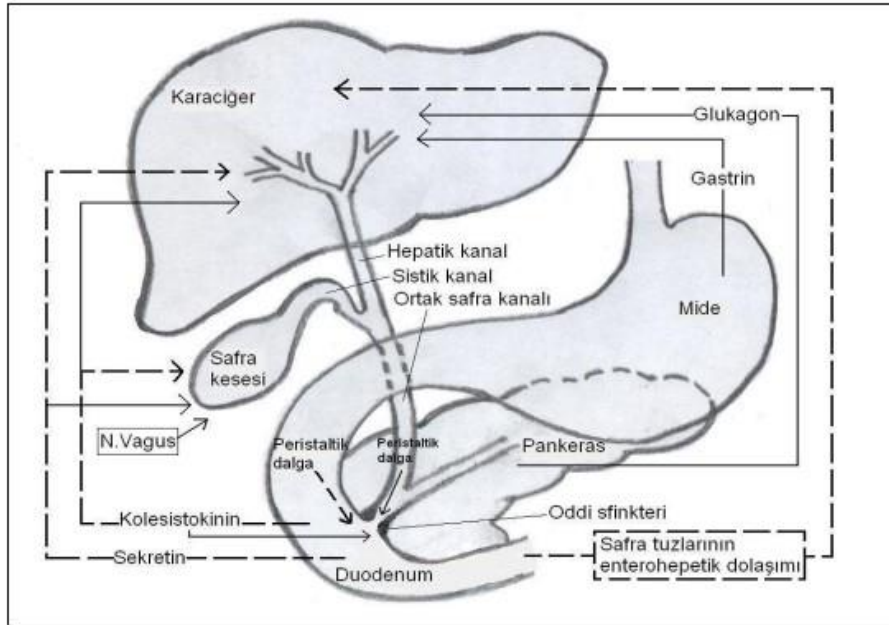
Karaciğer hücreleri (hepatositler) devamlı safra deneni bir salgı yapar. Safra sıvısında yağ asitleri, safra pigmentleri, safra tuzları, bilirubin, kolesterol, lesitin, elektrolitler (sodyum, potasyum, kalsiyum, bikarbonat, klor, potasyum, sodyum vb.) ve su bulunur (Kızıl Toğaç, 2018; Köylü, 2017).

Yağların sindirimini, emilimini kolaylaştırmak ve eritrositlerin yıkım ürünü olan bilirubin gibi çeşitli yıkım ürünlerinin vücuttan atılmasında rol oynamak safranın iki önemli fonksiyonudur. Ayrıca yağların emilimindeki yetersizlik yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E, K) emiliminde yetersizliğe neden olur (Köylü, 2017).

Safra kesesinin en önemli görevi, karaciğer tarafından günlük 800-1000 ml arasında salgılanan safra sıvısını konsantre halde depolamak ve gerektiğinde duodenuma akıtmaktır. Duodenum ve safra kesesi içine safra akışının sağlanması için basınç önemli bir unsur olarak görev almaktadır. 5-7 cm su basıncına çıktığında sarmal kapak açılarak 50 mililitreye kadar

safrayı alabilen keseye safra akmaya başlamaktadır. Safra, kese içine süzülürken kese duvarı tarafından safradan emilen klor ve sodyum gibi elektrolitler ve su safrayı on kata kadar konsantre etmektedir. Safra kesesi her gün yaklaşık 20 ml miktarında rengi olmayan bir mukus yaparak safra kesesi duvarının zarar görmesini önlemektedir ve safranın keseye gidişine yardımcı olmaktadır (Aksoy, 2017).

Safranın duodenuma geçmesini sağlamak için belli başlı olayların eş güdümlü çalışması gerekmektedir. Basınç unsuru oddi sfinkterinin üzerinde etki ederek safranın duodenuma geçmesini sağlar. Açlık halinde sfinkter yaklaşık 12-15 cm su basıncına dayanabilirken, sindirim halinde direnç değişimine uğrar ve 10 cm su basıncıyla gevşer. Bu sırada kesenin kasılmalarının etkisiyle 20 cm suya ulaşan basıncın sfinkteri açmasıyla safra duodenuma akar. Bilhassa yağlı yiyeceklerin duodenuma gelmesi safranın keseden akışını hızlandırır. Hem aminoasitlerin hem de yağ asitlerinin etkisiyle duodenum mukozasından salgılanan hormon olan kolesistokinin safra kesesi kasılmalarını yapan en etkili uyarıcıdır. Duodenumdaki kasılma gevşeme hareketlerinin artmasıyla sfinkterde şiddetli bir gevşeme olur. Sindirimin ilk saatinde safra kesesi safrasının 3'te 2'sini akıtır ve kasılı kalır. Bu sayede sindirim süresince safra kesesinde safra depolanmaz (Aksoy, 2017; Üçok ve diğ., 2010).



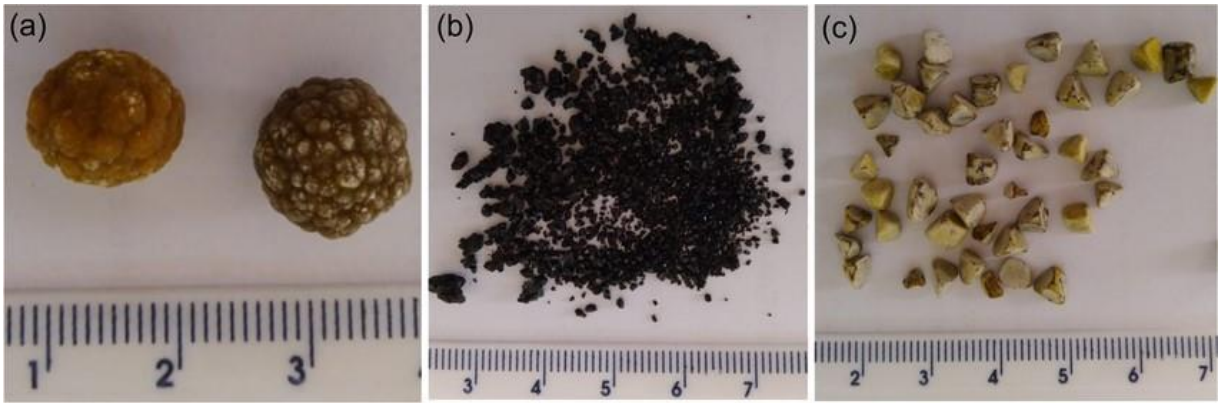
Şekil 2.1.2: Safra Yapımını, Safra Kesesinin Kasılmasını ve Oddi Sfinkterinin Gevşemesini Uyarın Faktörler (Üçok ve diğ., 2010).

2.1.3. Safra Taşları Etiyolojisi ve Fizyopatolojisi

Safra kesesinin içinde taş olmasına kolelitiyazis denir. Kolelitiyazis safra kesesinin en sık görülen hastalığı olmakla birlikte gastrointestinal sistem hastalıkları içinde sık görülen ve maliyeti yüksek hastalıklardandır (Duran, 2021; Göral, 2015). Safradan aşırı su ve safra asidi emilimi, safrada bulunan çok miktarda kolesterol ve safra kesesi inflamasyonu safranin konsantrasyonu ve bileşiminde değişikliklere neden olarak katı safra parçalarını yani safra taşlarını oluşturur (S.S. Kim ve Donahue, 2018; Urcanoğlu, 2017).

Safra taşlarının temelde kolesterol ve pigment taşı olarak iki çeşidi vardır. Kolesterol taşları safra taşlarının %85'ini oluştururken pigment taşları %15'ini oluşturur. Kolesterol taşının iki alt tipi pür ve miks taşlardır. Pür kolesterol taşları %90-100 kolesterol içeren beyazımsı renkte, 2.5 cm'den büyük taşlardır. Miks kolesterol taşları ise %50-90 kolesterol içeren şekli ve rengi değişiklik gösteren küçük taşlardır (Göral, 2015).

Kahverengi ve siyah taşlar pigment taşının iki alt tipidir. Kalsiyum bilirübinat içerdiğinden siyah renkte olan siyah pigment taşları aşırı bilirubin ve düşük miktarda kolesterolden oluşmaktadır. İçinde protein, bilirubin, kalsiyum tuzları ve farklı miktarda kolesterol bulunduran kahverengi pigment taşları ise sıklıkla infeksiyonla birlikte görülürler (S. Güler, 2022).



Şekil 2.1.3: Safra Taşı Tipleri a) Pür Kolesterol Taşları b) Pigment Taşları c) Miks Taşlar

Kaynak: <https://images.app.goo.gl/vGe97tCBA23u76sH7> (Erişim tarihi: 14.04.2024)

2.1.4. Safra Taşları Epidemiyolojisi

Safra taşı Avrupa ülkelerinin bazılarında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avustralya'da toplam nüfusun %10-15'inde görülürken; İran, Hindistan, Rusya, Çin ve Afrika ülkelerinin bazılarında ise toplam nüfusun %1-5'inde görülmektedir (Göral, 2015).

Kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla görülür (Uyanıkoğlu ve Keşküş, 2013). ABD’de 6 milyondan fazla erkek ve 14 milyondan fazla kadında kolelitiazis varken Birleşik Krallık’da 40 yaş üzerindeki prevelans %8’dir. Görülme sıklığı yaşla beraber artmakta ve bilhassa menapoz öncesi kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir (S.S. Kim ve Donahue, 2018; Noble ve Johnson, 2015).

Ülkemizde kolelitiazis yaygın görülen bir hastalıkken bununla ilgili yapılan prevelans çalışmaları oldukça azdır. Dünyada prevelansın %6-20 olduğu tahmin edilmektedir. Buna göre Türkiye’de prevalans %6 gibi kabul edilirse hemen hemen 4 milyon insanda taş olduğu varsayılmaktadır (Aykas ve Karasu, 2018; Uyanıkoğlu ve Keşküş, 2013).

2.1.5. Safra Taşları Risk Faktörleri

Safra taşı oluşumu multifaktöriyeldir. Aile öyküsü ve genetik, etnik köken, yaş (40 yaş üstü) ve cinsiyet (kadın) safra taşı oluşumu için değiştirilemez risk faktörleridir (Stinton ve Shaffer, 2012). Safra taşı oluşumunda hiperlipidemi, hemolitik durumlar, safra kanalı stazı (sklerozan kolanjit, pankreatit, konjenital kistler, biliyer striktür) yapan durumlar, obezite, fiziksel hareketsizlik, insülin direnci ve diabetes mellitus, yüksek kalori alımı, yüksek karbonhidrat alımı, yüksek glisemik yük, düşük lif alımı, gebelik, uzun süreli açlık, hızlı kilo kaybı veya bariyatrik cerrahi, gastrektomi, uzun süreli total parenteral beslenme, kullanılan bazı ilaçlar (seftriakson, oral kontraseptif), primer biliyer siroz, Crohn hastalığı ve ileal rezeksiyonlar da risk faktörleri arasındadır (Efe ve diğ., 2021; Göral, 2015).

2.1.6. Safra Taşlarının Klinik Belirti ve Bulguları

Kolelitiazisli bireylerin çoğu asemptomatiktir ve ultrasonografi (USG) ile tarama yapılırken tesadüfen teşhis koyulur. Karın veya sırt ağrısı, ateş, bulantı ve/veya kusma ve sarılık kolelitiazisin tipik belirtileridir (Tazuma ve diğ., 2017).

Genellikle ataklar gece ve özellikle yağlı yemekten sonra ortaya çıkar (Njeze, 2013). Biliyer kolik genellikle 30 dakika ile 2 saat arasında süren 6 saate kadar devam edebilen sistik kanalın taşla kapanmasından kaynaklanan karının sağ üst kadranda başlayıp sağ omuz ve sırta doğru yayılan ağrıdır (Noble ve Johnson, 2015; Okçul, 2022). Atak sırasında karın muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyeti görülebilir. Sağ subkostal bölgede derin palpasyon yapıldığında hastanın nefes almayı durdurması olarak tanımlanan Murphy bulgusu görülebilir (Menevşe, 2022).

Safra taşları ortak safra kanalını tıkadıysa bilirubin ince bağırsağa geçemez ve ürobilinojene dönüşemez. Bu durumda böbreklerden salgılanan bilirubin idrarın rengini

kahverengileştirir (Yurddaş, 2022). Bu belirtilerin dışında hastalarda diyare, gaita renginde değişiklik, vitamin eksikliği, yağlı gıdaları tolere edememe, retrosternal yanma, mide gazı, şişkinlik ve kaşıntı da görülebilir (Aksoy, 2017; Çoban, 2020). Akut ve kronik kolesistit, pankreatit, ampiyem, kolanjit, sarılık, safra taşı ileusu ve safra kesesi kanseri komplikasyon olarak gelişebilir (Göral, 2015).

2.1.7. Safra Taşlarının Tanı Yöntemleri

Kolelitiazis önce ayrıntılı öykü alma ve fizik muayene ile tanılır. Kan tetkiki, batın USG ve batın grafi ile tanılama devam eder (Efe ve diğ., 2021). Günümüzde kolelitiazisi tespit etmek için en sık kullanılan yöntem olan USG %90-95 oranında duyarlılığa sahiptir. USG çapı 2 mm kadar küçük taşların ve koledok taşlarının varlığını, safra yollarındaki dilatasyonu ve safra kesesi duvarındaki kalınlaşmayı belirlemek için kullanılır (Njeze, 2013). Hepatobilier sistem hastalıklarının tanılanmasında USG'den sonra manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) başvuru olan ilk yöntemdir (Dalbaşı ve Tüzün, 2020). Hepatobiliyer sintigrafisi, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP), endoskopik ultrasonografi (EUS), kolanjiyoskopi, intraduktal ultrasonografi ve perkütan transhepatik kolanjiyografi (PTK) tanı amaçlı kullanılan diğer yöntemlerdir (Başar, 2020; Göral, 2015; Tazuma ve diğ., 2017).

Kan tetkikinde tam kan sayımı, serum bilirubin düzeyi, karaciğer enzimleri ve pankreatik enzimler değerlendirilir. Kan tetkikinde karaciğer enzimlerinden Alanin amino transferaz (ALT), Aspartat amino transferaz (AST) ve Alkali fosfat (ALP) yüksek çıkar (Aksoy, 2017).

2.1.8. Safra Taşlarının Tedavi Yöntemleri

Cerrahi girişim yapılamayacak hastalara ilaç tedavisi (ezetimib, tauroursodeoksikolik asit, ursodeoksikolik asit, farnesoid X reseptör agonistleri, karaciğer X reseptör antagonistleri), ERCP ve ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL) uygulanır (Aksoy, 2017; Göral, 2015).

Safra taşları laparoskopik kolesistektomi, açık kolesistektomi veya endoskopik sfinkterotomi ile çıkarılabilir (Noble ve Johnson, 2015). Safra taşlarının kesin tedavisi açık ve laparoskopik diye iki yöntemi olan ve safra kesesinin çıkarılması olarak tanımlanan kolesistektomidir (Aksoy, 2017). Semptomatik kolelitiazis ve hafif ve orta şiddetli kolesistit için standart tedavi haline gelen kolesistektomi asemptomatik kolelitiazisli hastalarda safra kesesi taşları 3 cm'den, polipler 1 cm'den daha büyük ise veya kalsifiye safra kesesi varsa uygulanır (Baron ve diğ., 2015; Gutt ve diğ., 2020).

2.1.8.1. Açık Kolesistektomi

Safra kesesi enfekte veya taşı büyük olan hastalarda açık kolesistektomi uygulanabilir. Sağ subkostal insizyon ile başlayan ameliyat sistik kanal, sistik arter ve sistik venin bağlanarak safra kesesinin yukarı çekilip çıkartılmasıyla sonlanır. Bu sırada koledok kanalında taş varsa önce ameliyatta kolanjiyografi çekilir sonra kanal genişletilerek taş alınır. Koledok kanalının iyileşme sürecinde kanala yerleştirilen T-tüp ile drenaj sağlanır (Yurddaş, 2022).

2.1.8.2. Laparoskopik Kolesistektomi

Ayna, ışık ve mercek sisteminden oluşan ve kolay hareket ettirilen endoskop cihazı ile içi boş organların ya da vücut boşluklarının görüntülenmesine endoskopi denir. İncelenen yerle ilişkili olarak işlem farklı isimlendirilir. Laparoskop adı verilen cihazla incelenen yer üreme sistemi organları, karaciğer ve komşu organlar ise buna peritonoskopi veya laparoskop denir (Sertelli, 2013).

Laparoskopik kolesistektomiye hastaya supine veya litotomi pozisyonu verilip 1-1,5 cm olacak şekilde göbek deliğinin altından yapılan bir kesiyle başlanır. Karın boşluğuna verilen karbondioksit gazı ameliyat yerinin daha iyi görülmesini sağlar ve laparoskopun girmesini kolaylaştırır. 3-4 küçük insizyon daha açılarak trokar ve cerrahi aletler yerleştirilir. Laparoskopi kamerasıyla göbek deliğinin altındaki kesiden girilerek karın içi görüntülenir. Sistik kanal sonrası arterle ven bağlanıp aletler aracılığıyla safra kesesi bulunduğu yerden ayrılır. Safra kesesi göbek deliğinin altındaki ya da ksifoidin altındaki kesiden çıkarılır. Karın boşluğundaki karbondioksit gazı boşaltılır ve trokar giriş yeri insizyonlarına dikiş atılarak ameliyat bitirilir (Çankaya, 2018; Menevşe, 2022).

Laparoskopik kolesistektominin en yaygın kullanıldığı durum akut biliyer koliktir. Kolesistit ve kolelitiaziste uygulanabilecek en uygun tedavi laparoskopik kolesistektomidir. Bunların dışında taşsız kolesistit, safra kesesinde kalsifikasyon, safra kesesinde tümör ya da polip varlığında da laparoskopik kolesistektomi uygulanır (S. Güler, 2022; Uyanıkoğlu ve Keşküş, 2013).

Günümüzde teknolojinin ilerlemesi ve deneyimin artmasıyla kontrendikasyonlar azalsa da laparoskopik kolesistektominin yapılmasını zorlaştıran hatta olanaksızlaştıran bazı haller vardır. Portal hipertansiyon, kontrol edilemeyen kanama ve pıhtılaşma bozuklukları, önemli kardiyovasküler hastalıklar, karın içi basıncın yüksek olup anesteziyi riskli hale getirmesi, önceki ameliyatlardan kaynaklanan ileri düzeyde karın içi yapışıklıkların olması gibi durumlarda hastaya göre değerlendirme yapıp ameliyat planlanmalıdır (Emre ve diğ., 2016).

Ameliyat sonrası ağrının da buna bağlı olarak analjezik ihtiyacının da daha az olması, kesi yerlerinin daha küçük olup estetik açıdan iyi görünmesi, hastanın kısa sürede ağızdan beslenmeye geçmesi, hastanede kalma süresinin kısa olması, hastanın yaklaşık bir hafta içinde fiziksel aktivitelerine dönmesi, ameliyat sonrası pulmoner fonksiyonların daha iyi olması ile kardiyopulmoner komplikasyonların da daha az görülmesi, ameliyat sonrası kesi fitiği ve ileusun daha az görülmesi ve tüm bunların maliyeti azaltması, optik ve yüksek çözünürlüklü kameralar ile büyütülmüş bir görüntü ortaya koyarak anatomik yapıların daha iyi tanımlanmasını sağlaması laparoskopik kolesistektominin avantajları iken endoskop yardımıyla ekrana yansıtılan görüntünün izlenerek yapılması konusunda hekimin yetersiz bilgi ve deneyiminin olması, kanama kontrolünün ve koledok eksplorasyonunun zorluğu, inflamasyon ve yapışıklık olduğunda daha fazla uğraşılması, çalışılan alet ve cihaz sayısının çok olmasının el-göz koordinasyonunu zorlaştırması, dokuların olduğundan farklı boyutta görülmesi ve buna bağlı derinlik hissinin kaybolması ise laparoskopik kolesistektominin dezavantajlarından (Ferreira ve Ferreira, 2015; İ. Akyüz, 2012).

Laparoskopik kolesistektomiye dair komplikasyonlar ameliyat sırası ve sonrası ve pnömoperitonyuma bağlı gelişen olmak üzere 3 başlıkta incelenir. Hiperkapni, gaz embolisi, cilt altında ve peritonun dışında insüflasyon ve vazovagal reaksiyonlar pnömoperitonyuma bağlı görülen komplikasyonlardır (Doğan Kırtıloğlu, 2023).

Kanama, safra kanalı yaralanması ve diğer organ yaralanmaları ameliyat sırası komplikasyonları iken yine kanama, safra kaçağı, cerrahi alan enfeksiyonu, omuz ağrısı, cilt altı amfizem, hematoma, biliyer peritonit, biloma, umbilikal herni ve koledokta taş tutulması ise ameliyat sonrası komplikasyonlardır (Fagiri, 2021; Sonkar, 2021; Tazuma ve diğ., 2017).

Minör komplikasyonların (biliyer ve non-biliyer) tedavisi genellikle tıbbidir. Majör komplikasyonlar (biliyer ve vasküler) hayatı tehdit edici olup mortalite oranını arttırdığından açık cerrahiye dönmeyi gerektirir. Safra kesesinin perforasyonu, sağ hepatik kanal lezyonları ve koledok lezyonları en yaygın görülen biliyer komplikasyonlardır. Vasküler yaralanmalar, bağırsak yaralanmaları, diyafram yaralanması ve iyatrojenik pnömotoraks ise en önemli non-biliyer komplikasyonlardır (Radunovic ve diğ., 2016).

2.1.9. Hemşirelik Bakımı

2.1.9.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Yasal ve psikolojik hazırlık ve cerrahi girişim öncesi eğitim verilmesi hastanın ameliyattan önceki gece hazırlığıdır. Anestezi hazırlığı, aç kalınması, cilt hazırlığı, gastrointestinal sistem hazırlığı, hastanın uyku süresinin yeterli olmasının sağlanması ve bazen

antibiyotik uygulanması gibi genel ameliyat öncesi bakım unsurları laparoskopik kolesistektomi için de uygulanır. Ayrıca enfeksiyon ya da tıkanıklığa ilişkin görülebilecek komplikasyonların bulguları açısından hastanın gözlenmesi gerekir (Aksoy, 2017; Targan, 2019).

Ameliyat hakkında az bilgiye sahip olunması hastalarda gerginlik, korku, endişe ve şüphe gibi duygulara sebep olarak stresi artırır ve ameliyat sürecini olumsuz etkiler. Ayrıca bağışık sisteminin zayıflamasına, ağrı toleransında azalmaya ve ameliyat sonrası komplikasyon riskini artırmaya neden olup ameliyat sonrası iyileşme sürecini olumsuz etkiler. Hastaların olumsuz duygularını hafifletmek için alınan hemşirelik önlemleri ameliyat sürecinin sorunsuz ilerlemesi ve ameliyat sonrası rehabilitasyonun hızlanması için büyük önem taşır (Lan ve diğ., 2022).

Ameliyat öncesi verilen eğitim, sonrasında hastanın bakımında aktif rol alması ve sorun gelişmeden hemen iyileşmesi için önemlidir. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesinde hastanın gereksinimi doğrultusunda eğitim planlanır ve uygulanır. Hastaya tedavi, T tüp yerleştirilmesi ve drenajı, ağrı kontrolü, derin solunum ve öksürme egzersizleri, yatak içerisinde yapılacak hareketler ve erken mobilizasyon gibi konularda eğitim verilir (Aksoy, 2017; Targan, 2019).

2.1.9.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Kardiyovasküler durumun incelenmesi, pnömoni ve atelektazi riski açısından solunumun incelenmesi, insizyon bölgesinin kızarıklık, ödem ve drenaj açısından izlenmesi, safra tüplerinden gelen drenajın özelliklerinin değerlendirilmesi, kanama, şok ve enfeksiyon gibi komplikasyon belirtilerinin tanınması, yaşam bulguları, bağırsak sesleri ve aldığı çıkardığı sıvı miktarı izlenmesi ve ağrı yönetimi önemlidir. Hastalarda karbondioksitin vücut tarafından emilmesi veya atılmamasına bağlı omuz ağrısı yaygın görülür. Ağrının özellikleri değerlendirilerek farmakolojik ve farmakolojik olmayan girişimler uygulanmalıdır (Aksoy, 2017).

Hemşirelerin aktif rol olması gereken taburculuk eğitiminde hastalar ağrı yönetimine, yara bakımına, evde yaşanabilecek acil durumlarda yapılacaklara, ilaç kullanımına, beslenme ve egzersize dair bilgilendirilmelidir (Zengin Çakır ve Dal Yılmaz, 2018).

2.2. ABDOMİNAL ÖN DUVAR VE İNGUİNAL BÖLGE

2.2.1. Anatomisi

Karın ön duvarı farklı yönlerde seyreden ve iki tarafta da bulunan dıştan içe doğru sırayla external oblique, internal oblique ve transverse abdominis denilen 3 kas tabakası, bu kasların karının orta kısmında birleşmesiyle oluşan rektus kılıfı denilen aponevrotik kılıf ve kılıfın içinde yukarıdan aşağıya uzanan rectus abdominis denilen bir çift kastan oluşur (Ülker, 2010).

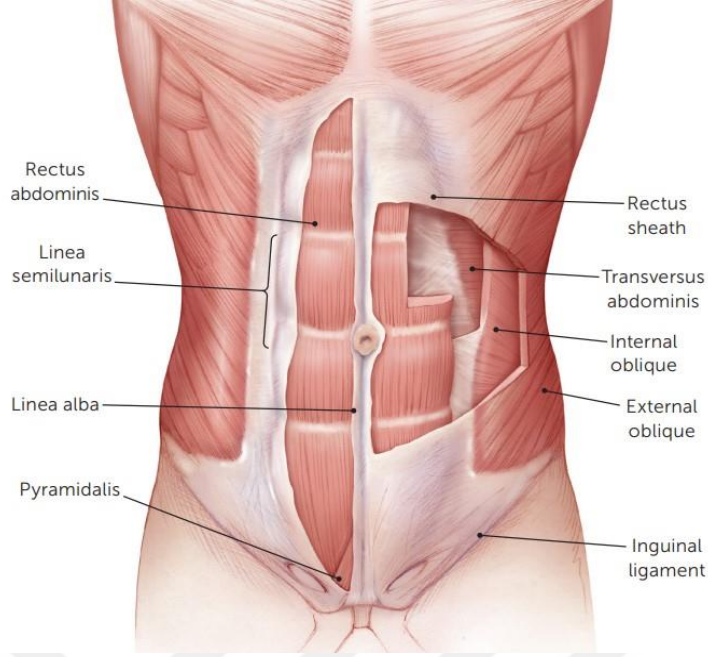
Rectus abdominis kasının başladığı yer yukarıda 5-7. kostal kırıkda ve sonlandığı yer ise pubisdir. Bu kası 6. interkostal sinir innerve eder. External oblique kasının yeri karın bölgesinin ön dış kısmıdır ve bu kas en geniş karın duvarı kasıdır. Bu kas 5-12. kaburgaların dış yüzünden başlar ve kası 7- 12. interkostal sinirler innerve eder. Rektus kılıfını oluşturan internal oblique ve transverse abdominis kası ise daha derinde olduğundan yüzeiden görülemeyen diğer kaslardır (Ülker, 2010).

Rectus abdominis kaslarının iç kısmında orta hatta bulunan biraz çöküntülü çizgi linea albadır. External oblique, internal oblique ve transverse abdominis aponevrozlarının birleşimi linea albayı oluşturmuştur (Ülker, 2010).

Karın ön duvarının bölgelerinden biri de inguinal bölgedir. Bu bölgenin sınırlarını üstte spina iliaca anterior, medialde linea alba ve lateralde inguinal ligaman oluşturur. İnguinal bölgede derinden yüzeeye sırasıyla periton, preperitoneal dokular, uzantılarıyla birlikte transversal fasya, transversalis abdominis aponevrozu, spermatik kord, uzantılarıyla birlikte external oblik kas aponevrozu, innominat fasya, Camper ve Scarpa fasyaları, cilt altı yağ dokusu ve cilt vardır (Özkaya, 2020).

İnguinal bölgenin yüzeysel arterlerinin çoğu femoral arterden çıkar. Derin arterleri inferior epigastrik arter, spermatik arter ve ovaryan arterdir. Bölgede arterlere eşlik eden ve aynı isimle anılan venlerin döküldüğü yer femoral vendir. İliohipogastrik sinir, ilioinguinal sinir ve genitofemoralis sinirinin genital dalı bölgenin sinirleridir (Özkaya, 2020).

İnguinal kanal skrotum ve kaslar arasında kalan karın boşluğu arasındaki eğik kanaldır. İnguinal ligamente paralel ve onun hemen üzerindedir. Erkeklerde spermatik kord ve ilioinguinal sinir; kadınlarda ise round ligament kanalın içinden geçer (Ülker, 2010).



Şekil 2.2.1: Abdominal Ön Duvar Kasları (Shian ve Larson, 2018)

2.2.2. Fıtık Tipleri ve Sınıflandırılması

Organın kendisinin ya da bir bölümünün bulunduğu yerden dışarı çıkması anlamına gelen herni kelimesi Latince "hernia"dan gelir (Yumak, 2020). Karın içindeki doku ve organların bütünü ya da bir bölümünün üzerini örten karın zarıyla beraber bağ dokuda (fasya) oluşan zayıflıktan karın boşluğuna çıkmasına fıtık denir (Özkaya, 2020).

Dışarıya çıkan organ kısmının karın içerisine geri yerleştirilebildiği fıtıklar redükte edilebilen, geri yerleştirilemeyen fıtıklar ise redükte edilemeyen ya da inkarsere fıtık olarak tanımlanır. Fıtık kesesindeki organın kan akımının bozulması strangüle fıtığa sebep olur. Sonuçta strangülasyon nekroza neden olur ve bu durum kasık fıtığının en ciddi ve sık rastlanan komplikasyonudur. Morbidite ve mortalite oranını artırır. Fıtık kesesinin sadece bağırsağın antimezenterik duvarını içermesine Richter fıtığı denir (Demircioğlu, 2018; Ülker, 2010).

İnguinal herni oluşumuna sebep olan etkenler processus vaginalisin açık kalması, intraabdominal basınç artışı ve transvers fasyanın güçsüzlüğüdür. Testisler processus vaginalis denilen karın zarı uzantısı öncülüğünde skrotuma ulaştıktan sonra bu uzantı kapanır. Yetişkinlerde %20 oranında açık kalabilen bu uzantıdan her zaman fıtık gelişmez ama indirekt inguinal hernilerin tümü processus vaginalisin açıklığından kaynaklanan doğumsal fıtıklardır. Karın duvarını oluşturan kasların dayanma gücünü aşan intraabdominal basınç karın duvarının yırtılmasına ve fıtığa neden olur. Transvers fasya kollajen yapımının durmasından, kollajen

yıkımının artmasından veya anormal kollajen fibrillerinin üretiminden dolayı güçsüzleşebilir (Cüçük, 2017).

Sigara kullanımı, erkek cinsiyet, yaşlılık, sistemik bağ dokusu hastalıkları, beden kitle indeksinin (BKİ) düşüklüğü kasık fitiği için risk faktörleridir. Karın içi basıncı arttıran öksürük, prostatit, konstipasyon, gebelik ve ağır egzersizlerin kendisi fitiğe neden olmayan fakat fitik oluşma riskini artıran faktörlerdir. Bununla birlikte, yüksek BKİ nüks fitik gelişme riskini artırır. Sigara kullanımı ve fitik oluşumu arasındaki ilişki kollajen yıkımının artması ve sentezinin azalması ile açıklanır (Cüçük, 2017; Öberg, 2017).

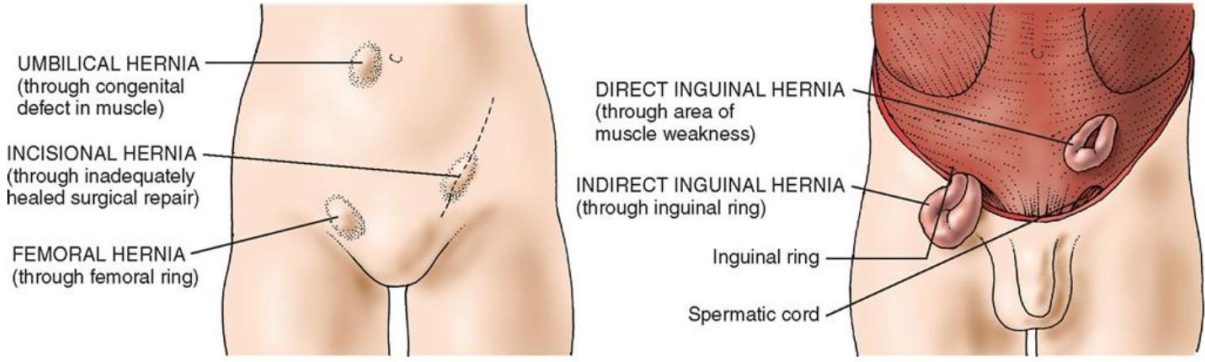
İç halka aracılığıyla karın içi organların karın dışına çıktığı indirekt inguinal herniye kadınlarda daha az rastlanılır. Görülme sıklığı gençlerde ve 50-60 yaşındakilerde yüksekken yaş artıkça azalır. Çok büyük olan ve genel olarak skrotuma inebilen bir fitik türüdür (N. Akyüz ve Çavdar, 2017).

Direkt inguinal herni bağırsağın kas güçsüzlüğü olan karın duvarından geçmesi ile olan ve sıklıkla yaşlı bireylerde rastlanan bir fitiktir. İçerdiği liflerin adedindeki doğuştan gelen eksiklikten kaynaklı zayıflayan bölgede oldukça yavaş gelişir (N. Akyüz ve Çavdar, 2017).

Femoral halkadan femoral kanala geçiş varsa femoral herni görülür. Daha hızlı strangüle olur. Kadınlarda görülme sıklığı daha yüksektir. Yağ tıkaçı olarak başlayıp yavaşça peritonu ve mesnaeyi kanal içine çeken hernide strangülasyon ve inkarserasyon görülme sıklığı yüksektir (N. Akyüz ve Çavdar, 2017).

Umblikal herni rektus kası zayıflığında veya umblikal açıklık kapanmadığında olur. Konjenital ise bebeklikte keşfedilir. Abdominal basınçtaki artış ise yetişkinlerde umblikal herniye neden olabilir. Erkeklerde görülme sıklığı daha azdır. Genelde multipar kadınlarda ve obezlerde olur. Fitikten dolayı öksürme ya da ıkınmada donuk veya keskin ağrı olabilir. Yaygın görülen komplikasyonlarından biri strangülasyondur (N. Akyüz ve Çavdar, 2017).

İnsizyonel herni travma ya da cerrahi girişim sonrası gelişir. Hastaya bağlı ve cerrahiye bağlı bazı etkenler insizyonel herni oluşumunu artırır. Hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan asit, hipertansiyon, böbrek yetersizliği, anemi, steroid kullanımı, sigara kullanımı, ileri yaş ve erkek olmak hasta ile ilişkili; cerrahi alan enfeksiyonu, insizyon tipi ve kapatma tekniği, kullanılan dikiş malzemesi, yara yerinde seroma ve hematoma oluşumu, acil girişimler, erken tekrarlanan ameliyat ve eski insizyon yerinin kullanımı ise cerrahi ile ilişkili etkenler olarak insizyonel herniye neden olur. İnsizyonel herni oluşumunda en etkili faktör cerrahi alan enfeksiyonudur. Bu enfeksiyon herni riskini 5 katına çıkarmaktadır (Arıkan ve Özkeçeci; 2012).



Şekil 2.2.2: Abdominal Ön Duvar ve İnguinal Bölge Fıtıkları

Kaynak: <https://basicmedicalkey.com/4-repair-of-hernias/> (Erişim tarihi: 14.04.2024)

2.2.3. Fıtık Epidemiyolojisi

Abdominal duvar fıtıklarının %6'sını insizyonel fıtıklar, %5'ini epigastrik fıtık, %10'unu göbek fıtığı ve %75'ini kasık fıtığı oluştururken kasık fıtıklarının %70'ini indirekt kasık fıtığı, %15'ini direkt kasık fıtığı, %9'unu femoral fıtık ve geri kalanını bu tiplerin birlikte bulunan hali oluşturur. Hastaların %3'ünde bilateral fıtık varken sonradan karşıda fıtık gelişme oranı %12'dir. Fıtıkların sadece %5'i kadınlarda görülür. Erkeklerde indirekt kasık fıtığına direkt kasık fıtığından 2 kat fazla rastlanır. Kadınlarda direkt kasık fıtığı en fazla görülen fıtıktır. Kadınlarda femoral fıtık erkeklerden daha fazla görülür. Femoral fıtıkların %20'si erkeklerdedir. Femoral fıtıklar kadınlardaki fıtıkların %32'sini, erkeklerdeki fıtıkların ise sadece %2'sini oluşturur (Ülker, 2010).

2.2.4. Fıtık Tanı Yöntemleri

Çoğunlukla hasta ayakta veya zorlandığında bulunduğu alan üzerinde fıtık oluşur. Strangüle fıtıkta şiddetli ağrısının yanında bağırsak tıkanıklığına bağlı olarak kramp tipi karın ağrısı, kusma ve şişkinlik görülür (N. Akyüz ve Çavdar, 2017).

Belirti göstermeyen kasık fıtıkları fizik muayenede tesadüfen tanılır. Hasta ayakta skrotum ve kasığın tamamı muayene edilir. İncelemede kasık bölgesi veya skrotumda şişlik olup olmadığına bakılır. Sonrasında fıtığın varlığını ortaya koymak için palpasyonla işaret parmağı kullanılarak skrotumun içinden dış kasık halkasına doğru ilerletilir ve hastaya valsalva manevrası yaptırılır. Muayenede şişlik işaret parmağının uç kısmı ile hissedildiyse indirekt inguinal herni, parmak sırtı ile hissedildiyse direkt inguinal hernidir (Özkaya, 2020).

Umbilikal herni tanısı dışı çıkan göbek ve geniş göbek halkasının palpe edilebilmesi ile konur. Obez hastalarda başı yükseltme ve öksürme gibi eylemler tanı koymayı kolaylaştırır (Ülker, 2010).

Fıtıkların çoğuna yalnızca hastanın öyküsü ve klinik muayene bulguları ile tanı konulabilirken muayenede ele gelmeyen küçük fıtığı olan hastalarda tanıyı doğrulamak veya tanının yanlışlığını ortaya koymak için çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Yöntemlerden ilki olan herniografi hem invaziv olduğundan hem de kontrast madde kullanımı gerektirdiğinden alerjik reaksiyon ve perforasyon gibi ciddi komplikasyonlara sebep olabilir. USG ucuz, neredeyse risksiz ve invaziv olmayan bir yöntem olup görüntüleme anında kapsamlı değerlendirme yapılmasını sağlar. Görüntülemede kullanılan diğer iki yöntem ise manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve bilgisayarlı tomografi (BT) dir. BT ve MR tanılamaya ek olarak kese içeriğini de görüntüleyen ileri yöntemlerdir (Kurtoğlu, 2011; Robinson ve diğ., 2013).

2.2.5. Fıtık Tedavi Yöntemleri

2.2.5.1. Tıbbi Tedavi

Fıtığın inkarsere ya da strangüle olmadığı durumda dışarı çıkmasını engellemek için kasık bağı kullanılabilir. Birey kasık bağını yataktan kalkmadan uygulaması ve bağın temas ettiği cildin zarar görmesi açısından dikkatlice izlemesi konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca korse kullanımı strangülasyon riskini artırır ve aponevrotik doku ve fasyada atrofisiye sebep olarak cerrahi girişimin başarı şansını azaltır (N. Akyüz ve Çavdar, 2017; R.M. Gülmez, 2021).

2.2.5.2. Cerrahi Tedavi

Cerrahi riski olan hastalar hariç tüm fıtık hastalarının tedavisi cerrahidir. Ameliyat sonrası dönemde artabileceğinden ve fıtığın tekrarlanmasına neden olabileceğinden ameliyat öncesinde abdominal basıncı arttıran durumlar değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Fıtıklar transvers fasyadaki zayıflıktan kaynaklandığından cerrahi girişim ile bu fasyayı desteklemek, değiştirmek veya düzeltmek amaçlanır (Ülker, 2010).

Gevşek veya defektli bölgenin dikiş aracılığıyla sağlamlaştırılması işlemi olan fıtık onarımı (herniorafi) zayıflamış bölge üzerine yapılan kesi ile başlar. Bağırsak perineal boşluğa çevrildikten sonra fıtık kesesi çıkarılır ve sıkıca üzerindeki kas kapatılır. Mesh, fasya veya tel ile zayıf alanın desteklendiği fıtık onarımına herniyoplasti denir (N. Akyüz ve Çavdar, 2017).

Günümüze dek birçok cerrahi onarım tekniği denenmiştir ve bu teknikler açık ve laparoskopik onarım olmak üzere iki gruba ayrılır (Demircioğlu, 2018). Laparoskopik onarım İntraperitoneal Onlay Mesh (IPOM), Transabdominal Preperitoneal (TAPP) ve Total Ekstraperitoneal (TEP) yaklaşım olmak üzere üçe ayrılır (Yavuzarslan, 2017). Yaşlı ve ek

hastalığı olanlarda açık teknik; çift taraflı veya tekrarlayan fitiği olanlarda kapalı teknik özellikle tercih edilir (Kandemir, 2023). Laparoskopik onarım tekniğinin avantajları iyileşmenin hızlı olması, daha az ağrı hissedilmesi ve maliyet etkin olmasıdır. Cerrahın yeterince deneyimli olması laparoskopik yaklaşımları güvenli hale getirir (Yumak, 2020). Günümüzde kasık fitiği onarımı için en uygun tedavi günübirlik cerrahi ünitesinde lokal anestezi altında yapılan açık gerilimsiz onarım ve laparoskopik TAPP yaklaşımıdır (Campanelli ve diğ., 2018).

Ameliyat sırasında kanama, testiküler kan akımının engellenmesi, sinirlerin kesilmesi, vas deferens kesilmesi, femoral venin sıkışması, bağırsak duvarı apsesi, fistül, bağırsak tıkanıklığı, gözden kaçan herni, periton boşluğunda strangüle bağırsağın kaybolması gibi komplikasyonlar görülebilir (Demircioğlu, 2018).

Ameliyat sonrası erkenden ağrı, hematoma, yara enfeksiyonu, üriner enfeksiyon, idrar retansiyonu, testis ve skrotum ödemi; geç dönemde ise testiküler atrofi, nörinoma, seroma ve nöks gibi komplikasyonlar görülebilir (R.M. Gülmez, 2021).

2.2.6. Hemşirelik Bakımı

2.2.6.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi yapılan hazırlık ve bakım ameliyat kaynaklı oluşabilecek fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel açıdan olumsuz etkilerle başa çıkmayı ve erken iyileşmeyi sağlar. Bu hazırlıklar psikolojik hazırlık, yasal hazırlık, cilt hazırlığı, oral alımın kısıtlanması, gastrointestinal sistem hazırlığı, uyku ve istirahatın sağlanması ve gerektiğinde anestezi öncesi ilaç uygulanması gibi genel ilkeleri kapsar. Ameliyat birçok hastada stres yaratır. Hastanın stresle baş etmesini kolaylaştırmak için eğitimin üzerine odaklanılmalıdır. Hasta ameliyat öncesi girişim yeri, kısıtlamalar, bakım girişimleri, iyileşme süreci, destek araç-gereçler, ağrı yönetimi ve ameliyat sonrası egzersizler konusunda bilgilendirilmelidir (Aksoy, 2020).

2.2.6.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Strangüle fitik ameliyatında bağırsak rezeksiyonu yapılabilir veya geçici kolostomi açılabilir. Kolostomili hastaya gerekli bakım ve eğitim verilmelidir. Üriner retansiyon açısından özellikle erkek hastaların idrar çıkışı sorgulanmalıdır. Ameliyat sonrası gıda intoleransı yoksa hasta hemen normal diyetle geçebilir. Ameliyattan sonra kısa sürede fitiğin tekrarlamaması için dikkatli olmak gerekir. Hastalar 1,5-2 ay süresince ağır kaldırmaması konusunda bilgilendirilir. Obez hastalar daha yavaş iyileştiklerinden ameliyat sonrası aktif olmaları konusunda desteklenmelidir. Erkekler hastalarda skrotal ödem geliştirse soğuk uygulama ve skrotal elevasyon yapılarak ağrı ve ödem azaltılır. Ameliyat sonrası öksürme sakıncalı olduğundan

hasta öksürürken insizyon yerini desteklemesi ve ağzı açık hapşırması konusunda bilgilendirilmelidir (N. Akyüz ve Çavdar, 2017).

2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı 1974'te yayımlanan Scott Simonds'a ait olan "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika"da ilk defa yer alan bir kavramdır. 1986'da Ottawa'daki "Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı"ndan sonra bu kavram yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlığı geliştirmede sadece sağlık sektörünün değil başka sektörlerin de sorumluluk alması gerektiğinin önemle belirtildiği konferansta sağlıkla alakalı bilgilerin anlaşılır olması ve bireylerin buna göre davranış geliştirmesinin gerekliliğine de değinilmiştir. Bu konuda sağlık okuryazarlığı kavramı dikkat çekmiştir (Aktaş, 2018).

DSÖ adına Nutbeam (1998) tarafından hazırlanan "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü"nde bu kavram sağlığını iyileştirecek ve iyilik halinin devamlılığını sağlayacak şekilde insanların bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve uygulama motivasyonunu ve yeteneğini tespit eden hem sosyal hem bilişsel becerileri ifade etmektedir. Ayrıca yaşam tarzlarını ve şartlarını değiştirerek kişi ve toplum sağlığını iyileştirmek üzere harekete geçmek amacıyla gerekli bilgi, beceri ve güvene ulaşılması anlamındadır (Nutbeam, 1998).

Bu kavramı "Tıp Enstitüsü (IOM)" sağlıkla ilgili karar alırken gerekli temel bilgileri okuma, anlama, değerlendirme ve davranışa geçirebilme kabiliyeti; "Amerikan Tıp Birliği (AMA)" ise sağlık hizmeti ile ilgili temel okuma ve gerekli sayısal işlemleri uygulamayı içine alan becerilerin tümü diye tanımlamıştır. Randevu kartının, reçete edilen ilaçların ve sağlıkla ilgili diğer gereçlerin okunup anlaşılması bu becerilerin içindedir (Yalçın Balçık ve diğ., 2014).

Okuryazarlıkla ilişkilendirilen sağlık okuryazarlığı yaşam boyu yaşam kalitesini iyileştirmek veya sürdürmek, günlük yaşamda sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek ve sağlık hizmetleri ile ilgili karar vermek için insanların sağlık bilgilerine ulaşma, bu bilgileri kavrama, yorumlama ve kullanmaya dair bilgi, güdü ve yeterliklerini kapsar (Sorensen ve diğ., 2012).

Sağlık okuryazarlığı yeterli biri olmak bakım verenlerin tavsiyelerini anlamak, ilaçları ve evde bulunan tıbbi cihazları doğru kullanmak ve yardıma ihtiyaç olduğunda nereye başvurulacağını ve kimin ne zaman aranacağını bilmek anlamına gelir (Barret ve Puryear, 2006).

Sağlık okuryazarlığı bireyin modern toplumda sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi konusundaki yetkinliği ile ilgilidir. Son 20 yılda sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine ve birey ve toplum sağlığına olan önemli faydalarından dolayı sağlık okuryazarlığına olan ilgi giderek artmaktadır (Liu ve diğ., 2020). Bugünlerde sağlık okuryazarlığına verilen önem modern sağlık kapsamında bireylere sağlığına dair verilen sorumluluğun onların sağlığına ilişkin yeterli farkındalığa, bilgiye ve doğru davranış edinme becerisine sahip olmasının gerekliliğinden kaynaklanmaktadır (Tuğut ve diğ., 2021).

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Toplumdaki bireyler gerek sağlık hizmetine gerek sağlığa dair bilinçli kararlar alabilmek için önce gerekli bilgileri edinme, anlama ve kullanma becerisine sahip olmalıdır (E. Kaya ve Karaca Sivrikaya, 2019).

Sağlık okuryazarlığını halk sağlığı için önemli hale getiren altı tema çok sayıda insanı etkilemesi, kötü sağlık sonuçları, kronik hastalıklardaki artış, sağlık bakım maliyetleri, sağlık bilgisi talep etme ve eşitlik olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı olabilmek için her bireyin sağlık hizmetlerinden ihtiyacı doğrultusunda faydalanması gerekir. Özellikle düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi bu açıdan eşitsizliklere yol açar (Kanj ve Mitic, 2009; Önsüz, 2017).

Düşük düzey sağlık okuryazarlığına sahip hastaların tıbbi terminolojiyi anlamadığı görülür. Bu durum tedavi sürecinin anlaşılmaması veya yanlış anlaşılmasına sebep olarak hem hastanın tedavisini olumsuz etkiler hem de sağlık harcamalarındaki ekonomik yükü arttırır. Yüksek düzey sağlık okuryazarlığına sahip hastalardan daha bilinçli ve tedavi sürecine dair daha bilgili olmaları, tedavi sürecinde aktif rol almaları böylece tedaviden daha yüksek verim elde etmeleri beklenir (Akbolat ve diğ., 2016).

Hastalanma, hastaneye yatış ve tedavi sonucundaki başarısızlık oranı düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişilerde daha fazla olduğundan bu kişilerin sağlık düzeyi diğerlerine kıyasla daha düşüktür (Berberoğlu ve diğ., 2018).

Sağlık okuryazarlığı beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite gibi sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlıksız beslenme alışkanlıkları, daha az fiziksel aktivite, daha fazla sigara ve alkol tüketimi ve daha riskli cinsel davranış ile ilişkilidir. Bireylerdeki yüksek sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetleri, yaşam tarzları ve beslenme düzeni hakkında bilinçli kararlar verme yeteneğinin önemli bir göstergesi olarak bireysel ve toplumsal açıdan hastalıkların önüne geçilmesi ve sağlığın geliştirilmesine dair iyi bir temel sağlar (Buhr ve diğ., 2020).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımına, koruyucu sağlık hizmetlerinin az kullanımından kaynaklı erken teşhis edilebilen hastalıklarda artışa, ilaç hatalarına, taburculuk sonrası ilaç tedavisine uyumda yetersizliğe, tedavide ilaçların istenilmeyen şekilde kullanımının artmasına, öz bakım yetersizliğine, öz yeterliğin azalmasına, sağlık hizmetlerinden yararlanmada ve hastalık yönetiminde yetersizliklere, morbidite ve mortalite oranlarının artmasına ayrıca sağlık hizmeti masraflarının artması ile birlikte ülke ekonomisinde zarara yol açmaktadır (Hahn ve diğ., 2017; Ozen ve diğ., 2019; Palumbo, 2017).

Kronik hastalığa sahip ve sağlık okuryazarlığı yetersiz bireylerin hastalığın altta yatan sebepleri hakkında az bilgisinin olması yeterli sağlık okuryazarlığı olanlara göre hastalık belirtilerini yönetememelerine ve sağlığının daha kötüye gitmesine yol açar. Ayrıca bu hastaların tıbbi tavsiyelere daha az uyma ve hastaneye yatış oranını artırma ihtimali daha yüksektir. Hipertansiyon, kalp yetmezliği, diyabet ve astımı olan hastaların sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalık bilgisi arasında tutarlı bir ilişki vardır (Sadeghi ve diğ., 2013).

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Araştırmacılar sağlık okuryazarlığı üzerine çalışırken değişik ölçütleri göz önüne alarak sağlık okuryazarlığının boyutlarını açıklamada değişik sınıflandırmalar öne sürmüşlerdir. Nutbeam'ın sağlık okuryazarlığını bireyin sosyal ve bilişsel becerilerini gösteren davranışlarını esas alarak yaptığı sınıflandırma en sık kullanılandır. Nutbeam temel, iletişimsel ve eleştirel şeklinde sağlık okuryazarlığını üçe ayırır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014; Yalçın Balçık ve diğ., 2014).

Temel sağlık okuryazarlığı günlük işleri etkin yapabilmek için yeterli temel okuma ve yazma becerisini; iletişimsel sağlık okuryazarlığı günlük aktivitelere etkin katılmayı, değişik iletişim türlerinden anlam çıkarmayı ve en son edinilen bilgileri değişen durumlara uyarlamayı sağlayan sosyal becerilerle birlikte gelişmiş bilişsel ve sağlık okuryazarlığı becerilerini; eleştirel sağlık okuryazarlığı bilgiyi eleştirel şekilde çözümlenmekle birlikte yaşanan olayların üzerindeki kontrolü arttırmak için bilgiden yararlanmayı sağlayan sosyal beceriler ile birlikte gelişmiş bilişsel becerileri içerir (Nutbeam, 2000).

Kişilerin egzersiz ve sağlıklı beslenme ile ilgili bilgisinin olması temel sağlık okuryazarlığına; mevcut bilgileri doğrultusunda düzenli egzersiz yapması ve doğru besinleri seçmesi ise iletişimsel sağlık okuryazarlığına örnek verilebilir. Bireysel sağlığın yanında toplum sağlığına da olumlu etkileri olan eleştirel sağlık okuryazarlığına egzersiz yapabilmek

için alan, temiz besin ve su temini gibi isteklerde bulunmak örnek verilebilir (A. Akça ve Ayaz Alkaya, 2021).

2.3.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Psikososyal faktörler, “cinsiyet, yaş, soy, eğitim seviyesi, gelir seviyesi, medeni hal ve meslek” gibi demografik faktörler; okuryazarlık seviyesi, hastalık deneyimleri, göç, kültür, dil, sağlık inançları, öz yeterlilik, sosyal çevre, sosyal etkileşim, sağlık destekleyicileri, bireylerin okuma-yazmaya ait engelinin varlığı ve sağlık hizmetlerine ilişkin unsurlar sağlık okuryazarlığını etkiler (Güllü, 2023).

Sağlık okuryazarlığı sağlık sisteminin hastalardan istekleri, sağlık bilgisinin anlaşılmasının güçlüğü, sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri, sağlık profesyonelleri üstündeki zaman baskısı ve sağlık hizmeti verilen ortamın niteliği gibi sistemsel faktörlerden de etkilenir (Gözlü, 2020).

2.3.4. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Avrupa ülkelerinden 8 ülkenin her birinden 15 yaş ve üzerindeki 1000 kişinin katıldığı bir çalışmada (n: 8000) sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel, yeterli, sorunlu ve yetersiz diye 4 gruba ayrılmıştır. Sağlık okuryazarlığının çalışmaya katılanların %12’sinde yetersiz ve %47’sinde ise sınırlı (sorunlu veya yetersiz) olduğu belirlenmiştir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı oranı %28,7 ile Hollanda’da en düşük iken %62,1 ile Bulgaristan’da en yüksek bulunmuştur (Sorensen ve diğ., 2015). Amerika’da 16 yaş ve üzerindeki 19.000’den fazla yetişkin ile yapılan kapsamlı bir çalışmada sağlık okuryazarlığının bireylerin çoğunda orta ve sadece %12’sinde yeterli düzeyde olduğu görülmüştür (Kutner ve diğ., 2006). Kore Cumhuriyeti’nde yetişkinlerle yapılan bir çalışmada (n: 1000) yetişkinlerin yaklaşık %61’inin sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersiz olduğu bulunmuştur (Jeong ve H.K. Kim, 2016). Çin’deki bir çalışmada 3.482 katılımcının %22,3’ünde sağlık okuryazarlığı yeterli bulunmuştur (Li ve diğ., 2021). Portekiz’de 1247 kişi ile yapılan araştırma katılımcıların 7/10’unun sağlık okuryazarlığının yüksek olduğunu göstermiştir (Ariaga ve diğ., 2022). Avrupa’da sağlık okuryazarlığı prevalansının araştırıldığı bir çalışmada Kuzey Avrupa ülkelerinin sağlık okuryazarlığının Doğu, Batı ve Güney Avrupa ülkelerine kıyasla yüksek olduğu belirtilmiştir (Baccolini ve diğ., 2021).

Ülkemizde yetişkinlerle yapılan kapsamlı bir çalışma (n: 4979) olan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması”nda sağlık okuryazarlığı seviyesinin toplumun %24,5’inde yetersiz ve %40,1’inde sorunlu olduğu saptanmıştır. Sonuçta ülkemizdeki yetişkin nüfusun sadece 1/3’ünün sağlık okuryazarlığının yeterli ya da mükemmel olduğu ortaya konmuştur (Durusu

Tanrıöver ve diğ., 2014). Özdemir ve diğ. (2020)'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgili acil servisteki 18-83 yaş arasındaki hastalar ile yaptığı çalışmada (n:102) katılımcıların %59'unun sağlık okuryazarlığı düzeyi zayıf bulunmuştur. Akılcı ilaç kullanımı davranışları ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada (n: 361) sağlık okuryazarlığı düzeyi hastaların büyük bölümünde yetersiz çıkmıştır (Abacıgil ve diğ., 2019). Bakan ve M. Yıldız'ın (2019) sağlık okuryazarlığı seviyelerini ve etkileyen faktörleri belirlemek için Aile Sağlığı Merkezlerinde 21-64 yaş arası 691 kişi ile yürüttüğü çalışmasında katılımcıların %55,4'ü yetersiz sağlık okuryazarlığında, %22,4'ü ise sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığında bulunmuştur. Yine Aile Sağlığı Merkezi'nde sağlık okuryazarlığı ile ilişkili faktörlerin tanımlanması için yapılan 320 kişilik çalışmada sağlık okuryazarlığı katılımcıların %33,8'inde yetersiz, %42,2'sinde sorunlu/sınırlı bulunmuştur (İlgaz, 2021). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)"nin güvenilirlik ve geçerliğini değerlendiren 320 kişilik çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı %69,4'ünde yetersiz veya sorunlu, %30,6'sında ise yeterli veya mükemmel düzeyde saptanmıştır (Okyay ve diğ., 2016). Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sosyoekonomik faktörler ile ilişkisinin belirlenmesinin yanında sağlıkla ilgili bilgi edinmek için kullanılan kaynakların araştırıldığı bir çalışmada (n: 6228) katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesi %30,9'unda yetersiz ve %38'inde ise sorunlu bulunmuştur. Buna göre 10 katılımcıdan yaklaşık 7'sinin sağlık okuryazarlığı sınırlıdır (Özkan ve diğ., 2021). Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenip sosyodemografik özellikler, sağlık öz değerlendirme düzeyleri ve sağlığı koruyucu davranışlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan 826 kişilik çalışmada katılımcıların %25,9'unda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz, %41,4'ünde sorunlu/sınırlı, %23,6'sında yeterli ve %9,1'inde mükemmel olduğu saptanmıştır (Aygün ve Cerim, 2021).

2.3.5. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığını ölçen en uygun yöntemle dair ortak bir karar alınamamıştır. Sağlık okuryazarlığının araştırıldığı çalışmalarda ölçüm özellikleri, kapsam, yapı ve gelişim bakımından değişiklik gösteren türlü ölçüm araçlarından yararlanılmaktadır. Sağlık okuryazarlığını direkt bireysel düzeyde veya sağlık çıktılarıyla beraber ele alan ölçüm aracı çok azdır (Taş ve Akış, 2016).

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için kullanılan birçok ölçüm aracı mevcuttur. Bu araçlar kelime tanıma testleri ("Tıpta Yetişkin Okuryazarlığını Hızlı Değerlendirme Testi/Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM", "Geniş Çaplı Başarı Testi/Wide

Range Achievement Test-WRAT”, “Tıbbi Terminoloji Başarı Okuma Testi/Medical Terminology Achievement Reading Test-MART”, “Tıbbi Terimleri Tanıma Testi/Medical Term Recognition Test- METER”), çoğunlukla eğitimde kullanılan okuduğunu anlama testleri (“Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi/Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA”nin okuma bölümleri), fonksiyonel sağlık okuryazarlığı testleri (“En Yeni Yaşamsal Bulgu/The Newest Vital Sign-NVS”, TOFHLA) ve informal testler olarak dört ana başlıkta ele alınır (Peiravian ve diğ., 2014; Yalçın Balçık ve diğ., 2014).

Diğerlerine göre uygulaması daha kısa süren ve en yaygın kullanılan yöntem olan informal testlere Ishikawa ve diğ. (2008) ile Chew ve diğ. (2008)’in üç soruluk, Morris ve diğ. (2006)’in tek soruluk testleri örnek verilebilir (Peiravian ve diğ., 2014; Yalçın Balçık ve diğ., 2014).

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için kullanılan birçok ölçüm aracı içerisinde ülkemizde kullanılan bazı ölçüm araçları aşağıda yer almaktadır.

ASOY Araştırma Konsorsiyumu’nun sağlık okuryazarlığını 15 yaşın üstündeki bireylerde değerlendirmek için geliştirdiği öz bildirime dayalı “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)”, sağlığa ilişkin bir karara varma ve uygulamalara dair bilgilendirme süreçlerinden ve sağlığa ilişkin “tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” olmak üzere 3 boyuttan oluşur. 47 maddelik ölçekten 47-188 arasında puan alınabilir (Abacıgil ve diğ., 2016).

Önceki ölçekten farklı olarak “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32(TSOY-32)”nde sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma boyutları birleştirilerek beraber değerlendirilmiştir. Ölçek “tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” olmak üzere 2 boyut, “bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme, kullanma” olmak üzere 4 süreçle beraber 8 bileşen ve 32 maddeden oluşmaktadır (Okyay ve diğ., 2016).

Parker ve diğ.’nin (1995) geliştirdiği “Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT)” nin sözel ve sayısal anlama becerilerine odaklanan 2 bölümü vardır. Sözel bölümde kişinin sağlık sistemindeki materyalleri okuyup anlama düzeyi belirlenirken sayısal bölümde kişinin bahsedilen sayısal verileri anlama ve uygulama düzeyi belirlenmektedir. Okuduğunu kavrama bölümünden 50 soru ve sayısal bölümden 17 soru ile toplam 67 soruluk testin her bölümü 0-50 puan üzerinden değerlendirilir. Testten alınabilecek toplam puan 0-100 arasındadır (Üçpunar, 2014).

Basit tek heceli tbbi kelimelerle başlayıp çok heceli tbbi kelimelerle devam eden telaffuz zorluğu üzerine hazırlanmış “Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü

(REALM)” adlı kelime tanıma testinde 66 terimin her birinin doğru telaffuzu 1 puan sayılır (Ozdemir ve diğ., 2010).

Kişinin besin etiketini okuma ve anlama düzeyini gösteren 6 soruluk “En Yeni Yaşamsal Bulgu (NVS)” testi hesaplama, okuma ve kavrama becerisini ölçen çok yönlü bir test olup sınırdadır ve iyi sağlık okuryazarlığı düzeyini ayıramaz (Kendir Çopurlar ve Kartal, 2016).

Yetişkinlerin sağlık okuryazarlığına dair yeterliliğini belirlemek için Sezer ve Kadioğlu (2014)’nin yaptığı “Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)” ilaç kullanımına ve sağlık bilgilerine dair 22 soru ve vücuttaki organların yerinin bilinmesine dair 1 şekil olmak üzere 23 madde içermektedir. Ölçekten en fazla 23 puan alınabilir. Elde edilen puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi yükselir (Sezer ve Kadioğlu, 2014).

Sorenson (2013) tarafından 47 madde olarak geliştirilen sonradan Toçi, Bruzari ve Sorenson (2013) tarafından “Health Literacy Index” adıyla 25 madde haline getirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)” adıyla Aras ve Bayık Temel’in (2017) yaptığı ölçeğin 4 alt boyutu vardır. Ölçekten 25’ten 125’e kadar bir puan alınabilir. Ölçekten alınan puan arttıkça kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır (Aras ve Bayık Temel, 2017).

2.4. SAĞLIK ALGISI

Sağlık algısı kavramı bireylerin sağlığı ile ilgili duygularının, düşüncelerinin, beklentilerinin ve önyargılarının hepsini içerir. Sağlığına ilişkin olumlu düşünceleri olan bireyler iyi sağlık algısına, olumsuz düşünceleri olanlar ise kötü sağlık algısına sahiptir (Dursun ve diğ., 2019).

Bireyler kendi sağlığını değerlendirirken “kronik hastalık, uzun veya kısa süreli sakatlık ve ağrı şiddeti” gibi hastalıkla ilgili faktörlerden; “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi” gibi demografik faktörlerden; “alkol ve sigara tüketimi, fiziksel aktivite alışkanlığı” gibi sağlık davranışlarından; “kronik stres, kaygı, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek” gibi psikososyal faktörlerden etkilenirler (A. Yıldırım, 2021).

Toplum, kültür, eğitim ve sağlık sistemi gibi temel faktörler bireylerin kendi sağlığına ilişkin düşünce ve davranışlarının beraberinde sağlık hizmetlerine yönelik taleplerini de etkiler. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı açısından önemli olan bu faktörler bireylerin sağlık ile ilgili algıları açısından da önemlidir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını ölçerken bireylerin sağlık algılarına ve bu algılarını etkileyen faktörlere daha fazla odaklanmak gerekir (Say Şahin ve diğ., 2018).

DSÖ'nün “Herkes İçin Sağlık Hedefleri”nde sağlık algısı, toplumun yaşam kalitesini ve sağlığını kontrol etmek için esas simgelerden biri olarak ifade edilmiştir. Toplumun sağlık algısının ölçülmesi sağlık durumunun değerlendirilmesi ve daha iyi anlaşılabilmesi için gereklidir (Khorshid ve Efteli, 2016).

Objektif ve subjektif boyutları kapsayan sağlık algısındaki subjektif sağlık; fiziksel, psikososyal ve sosyal açıdan bireyin kendi durumuna ilişkin algısı olduğundan birey kendini hasta iken sağlıklı, sağlıklı iken hasta algılayabilir. Bireye tam anlamıyla ile sağlıklı denebilmesi için ise bireyin kendisini subjektif açıdan sağlıklı hissetmesi ve objektif açıdan sağlıklı olması gerekmektedir. Yani sağlık algısı, bireyin sağlığına yönelik kendi düşünce ve duygularının yanında tanı, test ve tıbbi muayene gibi objektif verilere göre de belirlenmektedir (Erdoğan ve Araman, 2017; Yalçın, 2020; Yalnızoğlu Çaka ve diğ., 2017).

Sağlık algısı likert tipi “kötü, orta, iyi, çok iyi” şeklinde dördü ya da “çok kötü, kötü, orta, iyi, çok iyi” şeklinde beşli ölçekler aracılığıyla değerlendirilmektedir ve genelde sağlık algısı çok kötü, kötü ve orta çıkan grupların sağlık algısı kötü olarak tanımlanmaktadır (Doğanay ve Uçku, 2012).

2.4.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi

Algılanan sağlık, sağlığın geliştirilmesiyle yakından ilişkili iken aynı zamanda sağlık okuryazarlığı düzeyiyle de neden sonuç ilişkisi içerisindedir. Bireyin sağlığını etkileyen fiziksel aktivite alışkanlığı, beslenme alışkanlığı, uyuşturucu madde sigara ve alkol tüketimi gibi davranışlarını algılamasında, yorumlamasında ve uygulamasında sağlık okuryazarlığı düzeyi önemli katkı sağlar. Sürdürülebilir yaşam biçiminin içselleştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlığın önemini özümsemekle mümkündür ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı yeterli bireyler koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine önem verdiği için daha fazla olumlu sağlık davranışlarına sahiptirler. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlar ise sağlık durumunun kötüleştiğini anlayamadığından koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini daha az kullanır ve bu durum öz bakım eksikliğine yol açar. Tüm bunlar aynı zamanda bireyin sağlık algısını da olumsuz etkiler (Kuloğlu ve Uslu, 2022; Yalçın, 2020).

2.4.2. Hemşirenin Rolü

Sağlık inanç modelinde bireyin sağlık algısının sağlık sorumluluğunu ve davranışlarını etkilediği belirtilmektedir. Sağlık algısı buna bağlı olarak sağlıklı yaşam davranışları edinmeyi ve idame etmeyi sağlayan sağlığın geliştirilmesi ile direkt ilişkilidir. DSÖ'ye göre sağlığın geliştirilmesinde temel sorumluluk hemşirelere aittir. Hemşireler bireyin sağlığını

değerlendirirken ve buna yönelik planlama yaparken hastalık ile ilgili objektif veriler kadar bireyin sağlık algısını da dikkate almalıdır. Hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki yerinin önemi, bireylere sağlık davranışı kazandırmada rehber olmalarını, sağlığı geliştirmenin önemini kavratmalarını ve vurgulamalarını gerektirmektedir. Hemşireler tarafından birey ve topluma yönelik doğru ve etkili tekniklerle verilen sağlık eğitimi sağlıklı yaşam tarzının edinilmesini, yaşam kalitesinin yükseltilmesini ve sağlığın geliştirilmesini sağlar (Açıksöz ve diğ., 2013, Gül, 2018, Özpulat, 2010).

Hemşirelerin, sağlık okuryazarlığını geliştirmek için bireylerin ve toplulukların doğru bilgiye erişmeleri, bilginin ne anlama geldiğini anlamaları ve bilgiyi nasıl kullanacaklarını öğrenmeleri konularında kilit rol oynamaları gerekir (Hughes, 2016).

Hasta eğitimi hemşireliğin temel sorumluluklarından biridir. Hemşirelerin bireyleri sağlık hizmeti ile ilgili bilgilendirmesi gerekir. Hemşireler sınırlı sağlık okuryazarlık becerisine sahip hastalara eğitim verirken zorlanabilir. Bu hastalar hemşirelerin anlattıklarını anlamadığından etkili bir iletişim gerçekleşmemiş olur. Hemşireler her hastanın sağlık okuryazarlığı desteğine ihtiyacı olduğunu varsayarak aldığı önlemlerle sağlık sonuçlarını olumlu etkileyebilir. Hemşireler her hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmeli ve sade dil kullanmayı tercih etmelidir. Ayrıca hem hemşirelere sağlık okuryazarlığı konusunda eğitim verilmeli hem de hemşirelik öğrencileri sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireylere yardımcı olmak adına gereken bilgiyi ve deneyimi kazanacak şekilde eğitilmelidir (Torres, 2014; Wittenberg ve diğ., 2018).

Düşük sağlık okuryazarlığının birçok sağlık göstergesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin yönetimi ve doğrudan hasta bakımındaki rolü göz önüne alındığında hemşirelerin sağlık okuryazarlığı hakkındaki bildikleri ortaya çıkarılmalıdır. Hemşirelerin bu konu hakkındaki bildiklerinin daha iyi anlaşılması konuyla ilgili eğitimlere rehberlik edebilir ve düşük sağlık okuryazarlığı olan hasta ile hemşirenin ilişkisinde bakımı iyileştirmenin önündeki engelleri belirleyebilir (Macabasco-O'Connell ve Fry-Bowers, 2011). Hemşirelikte hasta bakımının temel bir bileşeni olarak sağlık okuryazarlığına odaklanılması hasta merkezli bakımı ve hasta güvenliğini artırır (Loan ve diğ., 2018).

Sağlığın iyileştirilmesi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerekir. Bu konuda hemşireler danışman ve eğitici rolü ile önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin bu rollerini yerine getirebilmeleri ve değişen sağlık sisteminin parçası olabilmeleri için sağlık okuryazarlığı düzeylerinin mükemmel olması gerekir. Bu yüzden hemşirelik eğitiminin önemli unsurlarından biri kendilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi

toplumun sağlığını etkileyen önemli bir unsur olduğundan hemşirelik müfredatında sağlık okuryazarlığı konusuna yer verilmeli ve bu konuda hemşirelik öğrencilerinin gerekli eğitimleri alması sağlanmalıdır (Uysal ve G. Yıldız, 2021).

Hemşirelerin sağlık okuryazarlığı konusunda önemli katkılarda bulunabileceği üç alan politika, araştırma ve uygulamadır (Mayer ve Villaire, 2011).

Politika: Sağlık ve eğitim kurumlarının içine sağlık okuryazarlığı farkındalığına dair politikalar yerleştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin çalışma sistemini bilen hemşirelerin ve bütün sağlık çalışanlarının konu ile ilgili temel gereklilikleri anlamasını, benimsemesini ve uygulamasını sağlayacak standartlar geliştirilmeli ve uygulanmalıdır (Mayer ve Villaire, 2011).

Araştırma: Ülkenin her yerinde geliştirilmekte ve uygulanmakta olan yenilikçi programlar sayesinde sağlık okuryazarlığı endişe kaynağı olmaktan çıkıp umut vadeden bir konu olmuştur. Hemşireler hem uygulanan programların neden işe yaradığını anlama ve başarısını değerlendirmede hem de literatüre anlamlı katkı sağlamada öncü olmalıdır (Mayer ve Villaire, 2011).

Uygulama: Politika ve prosedürlerin olmadığı veya yetersiz olduğu durumlarda hemşireler liderlik yapmalı ve araştırmaya dayalı sonuçlara göre en iyi uygulamaları uygulamaya başlamalıdır. Bu alan için hemşirelerin en başarılı olduğu alandır denilebilir (Mayer ve Villaire, 2011).

2.5. KAYGI

Kaygı “genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve nedeni bilinmeyen gerginlik duygusu” anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, t.y.).

Kaygı kavramı en çok korku kavramı ile karıştırılır. Kaygı ile korku arasındaki temel üç fark ise kaynak, şiddet ve süreden kaynaklanır. Kaygının kaynağı belirsizdir. Kaygı korkuya kıyasla daha az şiddetlidir ve daha uzun sürmektedir (Manav, 2011).

Türkçe’de “bunaltı”, “can sıkıntısı” “iç sıkıntı”, “endişe” ya da “kaygı” gibi sözcüklerle eş anlamlı olan anksiyete, Latince’de düşünce içinde sıkıntıya girmek anlamına gelen “anxietas” kelimesinden gelmektedir (Alacadağ, 2016). Anksiyete nedeni belirsiz, kaygı, korku, sıkıntı ve kötü bir şey olacak endişesinin olduğu bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden veya tehdit gibi algılanan bir tür alarmdir. Dıştan veya içten gelen tehlike ya da tehlike ihtimaline karşılık ortaya çıkan bir tepkidir (Karayağız, 2011).

Kaygı genel anlamda insanın var olan psikolojik ve çevresel olaylara karşı gösterdiği duygusal tepki; dar anlamda kaynağı bilinçli olmayıp bilinçli şekilde hissedilen, fizyolojik değişimlerle birlikte görülen yaşantı şekli olarak açıklanabilir. Kaygı geleceğe özgü endişe ve gerginlik halidir. Anlaşılmayan ve bilinmeyen tehlikeyi beklemek kişide gerginliğe sebep olmaktadır (Kartopu, 2012).

Durumluk kaygısı, geçici stres yaratan ve tehlikeli durumlarda ve bunların sonucuna bağlı olarak görülen, öznel korku ve gerilim hisleriyle nitelenen geçici duygusal durumdur. Sürekli kaygı bireyin kişiliğine ve içsel yapısına bağlı gelişen ve mevcut kaygı yatkınlığını gösteren durumluk kaygısının artması ve süreklilik kazanmasıdır (Çelik ve Eşer, 2017).

2.5.1. Kaygının Belirtileri

Anksiyete bozuklukları ile ilişkili tanıların belirtileri birbirinden farklıdır. Ayrıca anksiyete derecesi ve bireysel özelliklere göre de belirtiler değişiklik gösterir. Anksiyete fizyolojik, davranışsal, bilişsel ve duygusal dört bileşenden oluşur (Atmaca Çetin, 2016).

Fizyolojik etkiler sonucunda kan basıncında yükselme, nabız ve solunum sayısında artış görülmektedir. Bireyde sık idrara çıkma, yutma zorluğu, ağız kuruluğu, bulantı, iştah kaybı, kusma, konstipasyon, diyare, baş ağrısı, titreme, terleme, baş dönmesi, bayılma, kas gerginliği, uykusuzluk ve yorgunluk da görülebilir (Biçersoy, 2015).

Davranışsal belirtiler; kaçma, kaçınma, donakalma, huzursuzluk, yoğunlaşma bozuklukları ve konuşma akışında bozukluktur (Atmaca Çetin, 2016).

Bilişsel belirtiler; düşünme, kavrama, öğrenme, karar verme ve sorun çözme yeteneğinin, çevreye olan ilginin, yaratıcılık ve dikkatin azalmasıdır (D. Yıldız, 2011).

Duygusal belirtilerde tedirginlik, gerginlik, çaresizlik, dehşet duygusu, endişe, korku, sinirlik ve alarm hali gibi duygular vardır (E. A. Yıldırım, 2018).

2.5.2. Ameliyata Özgü Kaygının Nedenleri

Cerrahi girişim, hastaları hem psikolojik hem fizyolojik yönden etkiler. Psikolojik etkileri arasında bilinmezlik, ölüm, anesteziye bağlı kontrolünü kaybetme, sakat kalma, sevdiği aktivitelerden ve kişilerden uzak kalma korkusu sıralanabilir (Çevik Acar ve Yıldız Fındık, 2015). Ayrıca hastalarda anestezi sırasında uyanma, cerrahi komplikasyon gelişme, ameliyat sırasında veya sonrasında rahatsızlık ve ağrı yaşama, iş göremez olma, cinsel işlev ve çalışma becerisini kaybetme düşünceleriyle ilişkili kaygı gelişebilir (Demirkol, 2019; Friedrich ve diğ., 2022).

2.5.3. Ameliyata Özgü Kaygının Etkileri

Ameliyat öncesi kaygının yüksek olması bağışıklık sisteminin olumsuz etkilenmesine, yara iyileşmesinin gecikmesine, anesteziye geç uyanmaya ve enfeksiyon riski, hemodinamik bozukluklar, yorgunluk, bulantı, kusma, taşikardi, solunum sistemi sorunları gibi ameliyat sonrası komplikasyonların insidansını artırır (Abate, 2020; Gümüş, 2021).

Ameliyat öncesi kaygının yüksek olması riskli hastalarda ameliyat sonrası morbidite ve mortalite oranının artmasına ve deliryuma, hasta memnuniyetsizliğine, hastanede kalış sürecinin uzamasına ve sağlık hizmetleri maliyetinde artışa neden olur (Karaveli Çakır ve diğ., 2024).

Ameliyat öncesi kaygı ameliyat sonrası psikolojik sıkıntıya ve ağrıyı somatize etme eğilimine yol açabilir. Ameliyat öncesi kaygının anestezi başlangıç ve idame aşamasında kullanılan intravenöz ilaç dozu gereksinimini ve ameliyat sonrası ağrının şiddetini etkileyerek analjezik gereksinimi arttırdığı görülmektedir (Stamenkovic, 2018).

2.5.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Ameliyata Özgü Kaygı İlişkisi

Anksiyete, hastaların sağlığına ilişkin doğru karar almalarını ve uygun davranış sergilemelerini önlemektedir. Anksiyetenin yönetilmesinde sağlık okuryazarlığı seviyesinin önemli bir etkisi vardır (Şengül ve Güzel, 2024).

Hasta eğitimi son zamanlarda cerrahi girişim yapılacak olanlarda girişim öncesi kaygının azaltılması için kullanılabilecek bir yöntem olarak tercih edilmektedir. Hastalar ameliyatla ilgili yönergelere uymak ve karmaşık olabilecek bakım kararlarını verebilmek için cerrahi girişimin yapısını, faydalarını ve risklerini anlamalıdır ve sağlık okuryazarlığını ortaya çıkaran da budur. Yakın gelecekte hastaların ameliyat öncesi dönemdeki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilip eğitim seviyesine uygun verilen eğitimlerle sağlık okuryazarlığı artırılarak ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Kaygı yönetiminin amacına ulaşabilmesi için hastalar gerek hemşireler gerek diğer sağlık çalışanlarından aldıkları eğitim sırasında aktif rol almalıdırlar (Alanazi, 2014; Demirel ve diğ., 2023).

2.5.5. Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesinde gerekli eğitsel, farmakolojik ve psikolojik girişimler planlanmadan önce bakımın bir unsuru olarak kaygı düzeyi değerlendirilmesi yapılmalıdır. Kaygı düzeyinin değerlendirilmesi psikometrik ölçekler kullanılarak yapılabilir. Ölçek seçimi yapılırken

değerlendirmenin amacını, ölçeğin güvenilirliğini, hastanın yaşını, klinik durumunu ve olacağı ameliyatı da içeren çeşitli değişkenler göz önünde bulundurulmalıdır (Zemla ve diğ., 2019).

Hasta sorulmadıkça kaygısı olduğunu söylemeyebilir. Kaygı durumu sorgulanırken hastaya sadece kaygılı olup olmadığı değil kaygısının sebebi de sorulmalıdır. Kaygılı hastaya hastalık ve ameliyatı hakkında bilgi verilmeli, hasta ameliyattan önce cerrahi ekip ile tanıştırılmalı, aynı ameliyatı olacak hastaların birbiriyle iletişime geçmesi sağlanmalı, ameliyattan önce bilişsel-davranışçı terapilerin uygulanması sağlanmalı ve kaygı tedavisinde kullanılan ilaçlar uygulanmalıdır. Kaygılı hasta için hemşirelik girişimleri içerisinde en verimli olanı hastaya psikolojik destek ve güvence vermektir (Cimilli, 2001).



3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve kaygıya etkisini belirlemek için tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri nedir ve etkileyen faktörler nelerdir?
2. Abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık algısı düzeyleri nedir ve etkileyen faktörler nelerdir?
3. Abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısına etkisi var mıdır?
4. Abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyleri nedir ve ameliyata özgü kaygı düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?
5. Abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ameliyata özgü kaygı düzeyine etkisi var mıdır?

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma İstanbul ilinde bir şehir hastanesinin genel cerrahi servisinde 27 Kasım 2023-22 Şubat 2024 tarihleri arasında yapıldı. Hepatopankreatobiliyer sistem cerrahisi hastalarının yattığı 18 odalı ve 35 yataklı bu serviste sorumlu hemşire dahil toplam 11 hemşire, 6 uzman hekim ve 4 asistan hekim görev yapmaktadır. Hafta içi 8 (08.00-16.00) veya 16 saat (16.00-08.00) çalışan hemşireler, hafta sonu ise 24 saat (08.00-08.00) çalışmaktadır. 8 saatlik iş süresince 4 hemşire, 16 ve 24 saatlik iş süresince 2 hemşirenin çalıştığı serviste hemşire başına hafta içi gündüz 8-10 hasta, hafta içi gece ve hafta sonu ise 15-18 hasta düşmektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında serviste yatarak tedavi gören abdominal cerrahi girişim geçirecek hastalar çalışma evrenini oluşturdu. Bu tarihler arasında sadece kolesistektomi, inguinal ve umbilikal herni ameliyatları yapıldığı için abdominal cerrahi kapsamında bu hastalar araştırmaya alındı.

Araştırmanın örneklem sayısını hesaplamada kullanılacak olan etki büyüklüğünün belirlenmesinde Cohen'in yönteminden (d-değeri) yararlanıldı. Etki büyüklüğünü (d değeri) belirlemek için Çetin ve E. Yılmaz'ın (2022) çalışmasındaki bulgular kullanıldı. Çetin ve E. Yılmaz'ın (2022) çalışmasında katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ile cerrahi korkusu arasında bildirilen zayıf ve negatif yönlü ilişkiye ($p=0.010$) göre etki büyüklüğü, $d=0.23$ (büyük etki büyüklüğü) bulundu. İki sürekli değişken arasındaki ilişki testi için “ $d=0.23$ ”, “%95 güven düzeyinde ($1-\alpha$)”, “%80 test gücü ($1-\beta$)” ile kullanılan G-power (versiyon 3.1) programına göre 143 hasta örneklem grubuna alındı. Araştırma örneklem grubuna dahil edilme kriterlerini karşılayan ve veri toplama formu ve ölçekleri eksiksiz dolduran 145 hasta ile tamamlandı.

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Yaşı 18 ve üzerinde olan,
- Bilinç durumu açık olan,
- Görme ve işitme engeli olmayan,
- Türkçe okuma, yazma ve konuşmayı bilen,
- Sözlü iletişimi engelleyen bir soruna sahip olmayan,
- Çalışmaya katılmayı isteyen hastalar çalışmaya alındı.

3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Hastaların ameliyata özgü kaygısını etkileyebilecek sağlık okuryazarlığı dışında başka etkenler olabileceğinden malign tümör tanısı konulan hastalar,
- Veriler ameliyattan bir gün önce toplanacağından gününbirlik cerrahi girişim geçirecek hastalar,
- Psikiyatrik bir hastalığa sahip olan hastalar çalışmaya alınmadı.

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini sağlık okuryazarlığı düzeyi, sosyodemografik ve tıbbi özellikler oluştururken bağımlı değişkenlerini ise sağlık algısı düzeyi ve ameliyata özgü kaygı düzeyi oluşturdu.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler “Veri Toplama Formu” (Ek-1), “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” (Ek-2), “Sağlık Algısı Ölçeği” (Ek-3) ve “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” (Ek-4) kullanılarak toplandı.

3.6.1. Veri Toplama Formu

Benzer araştırmalar ele alınarak literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan (Biçersoy, 2015; Çetin ve E. Yılmaz, 2022; Kerkez, 2022; Z. Çimen, 2015) bu form hastaların demografik özelliklerine, sigara/alkol kullanma durumuna, kronik hastalık varlığına, sürekli ilaç kullanma durumuna, geçirilmiş önemli hastalık ve ameliyat varlığına, olumsuz ameliyat deneyimi varlığına, başvurduğu sağlık bilgisi kaynaklarına, sağlık kurumuna başvurma sayısı ve sebebine, aldığı sağlık hizmetini, sağlığını ve yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiğine ilişkin 25 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)

Sorenson (2013) tarafından 47 madde olarak geliştirilen sonradan Toçi, Bruzari ve Sorenson (2013) tarafından “Health Literacy Index” adıyla 25 madde haline getirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” adıyla Aras ve Bayık Temel’in (2017) yaptığı ölçek 4 alt boyutu olan 5’li likert tipi bir ölçektir. Tümü olumlu yapıda olan ölçek maddelerine katılma derecesi katılımcılar tarafından “1: Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız, 2: Çok zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 5: Hiç zorluk çekmiyorum” seçeneklerinden biri işaretlenerek belirtilir. Alt boyutlar “bilgiye erişim” (5 madde), “bilgileri anlama” (7 madde), “değer biçme/değerlendirme” (8 madde) ve “uygulama/kullanma” (5 madde) boyutundan oluşur. Ölçekten, bilgiye erişimden 5 ile 25; bilgileri anlamadan 7 ile 35; değer biçme/değerlendirmeden 8 ile 40 ve uygulama/kullanmadan 5 ile 25 puan olmak üzere toplamda 25’ten 125’e kadar bir puan alınabilir. Ölçekten alınan puan arttıkça kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin uygulanması yaklaşık 5-10 dakika sürer. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 iken alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0,62-0,79 arasında değişmektedir (Aras ve Bayık Temel,

2017). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri ölçek toplam puanı için 0,92 bulundu. Buna göre kullanılan ölçeğin güvenilirliğinin yüksek derecede olduğu belirlendi.

3.6.3. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Diamond ve diğ.'nin (2007) geliştirdiği, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini Kadioğlu ve A. Yıldız'ın (2012) yaptığı ölçek 6'sı olumlu ve 9'u olumsuz ifade içeren 15 maddesi ve "kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi" olarak 4 alt boyutu olan 5'li likert tipi bir ölçektir. Olumlu ifadeler "1: Hiç katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Çok katılıyorum" şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeli maddelerin puanlaması ise terstir. Toplamda ölçekten 15'ten 75'e kadar bir puan alınabilir. Ölçekten alınan puan arttıkça kişinin sağlık algısı düzeyi de artmaktadır. Hemşirelik öğrencilerinde ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,77 ve öğrencilerin ailelerinde ise 0,70 bulunmuştur. Alt faktörlerin Cronbach alfa değerleri öğrencilerin kendisinde 0,60-0,76 arasında değişirken, ailelerinde 0,53-0,73 arasında değişmektedir (Kadioğlu ve A. Yıldız, 2012). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri ölçek toplam puanı için 0,70 bulundu. Buna göre kullanılan ölçeğin güvenilirliğinin yüksek derecede olduğu belirlendi.

3.6.4. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)

Karanci ve Dirik'in (2003) hemşireler, hastalar ve cerrahlarla yapılan görüşmelere dayanarak geliştirdiği ölçek 10 maddeli 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçek puanı 8. maddeye verilen yanıtın puanlanması ters olacak şekilde 10 maddeye verilen yanıtların ("1: Hiç katılmıyorum, 5: Tamamen katılıyorum") toplanması ile hesaplanır. Ölçekten en az 10 puan ve en fazla 50 puan alınabilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar ağrı duymaktan, ameliyat sırasında ölmekten ve ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyulan yüksek düzey kaygıları yansıtmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,79'dur (Karanci ve Dirik, 2003). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,93 bulundu. Buna göre kullanılan ölçeğin güvenilirliğinin yüksek derecede olduğu belirlendi.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Etik kurul ve sonrasında kurum izni alınarak örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalara araştırmanın içeriği ve amacı açıklanıp gönüllü olanların "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" nu imzalamasıyla veriler toplanmaya başlandı. Kurum politikası gereği ameliyattan bir gün önce servise yatışı yapılan hastalardan veriler araştırmacı tarafından

ameliyattan bir gün önce ameliyat ile ilgili eğitim verilmeden önce hasta odasında “Veri Toplama Formu”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”, “Sağlık Algısı Ölçeği” ve “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle yaklaşık 20-25 dakikada toplandı.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada sürekli değişkenlerin normallik varsayımını sınanan “Kolmogorov-Smirnov testi” kullanıldı. “Frekans (n, %)” kategorik değişkenler için, “ortalama ve standart sapma” ise sürekli değişkenlerin sunumunda kullanıldı. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için “Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları” hesaplandı. “Bağımsız örneklem t testi” ile sürekli değişkenlerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar yapılırken “Tek yönlü ANOVA (Analysis of Variance) testi” ile ikiden fazla grup karşılaştırmaları yapıldı. Kullanılan varyans analizinde anlamlı farklılığın kaynaklandığı grubu belirlemek için “Tukey post-hoc testi” kullanıldı. “Pearson korelasyon testi” ile sürekli iki değişken arasındaki ilişki düzeyi incelendi. Bağımsız değişkenlerin bağımlı olanlar üzerindeki etkisinin belirlenmesinde çok değişkenli doğrusal regresyon analizinden yararlandı. Sonuçlar “%95 güven aralığında” “anlamlılık 0,05’in altında ($p < 0,05$)” değerlendirildi. Çalışmadaki istatistikî tüm hesaplamalar için ise “SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)” yazılımı versiyon 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanıldı.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılabilmesi için hastaneden etik kurul izni, hastanenin Eğitim Planlama Kurulu’ndan izin ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izni alındı. E-posta yoluyla araştırmada kullanılan “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” için Prof. Dr. Ayla Bayık Temel’den, “Sağlık Algısı Ölçeği” için Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu’ndan ve “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” için Prof. Dr. Ayşe Nuray Karancı’dan izin (Ek-6, 7, 8) alındı. Çalışmanın hedefi ve içeriğine dair bilgi verilip gönüllülerden sözlü ve yazılı izin (Ek-5) alındı.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın belirli bir sürede, tek merkezli olarak sadece kolelitiazis, inguinal ve umbilikal herni tanısı ile başvuran 145 hasta ile yapılmasıyla araştırma sonuçlarının sadece bu örneklem grubu üzerine genellenebilmesi ve verilerin sadece ameliyat ile ilgili eğitim verilmeden önce toplanmış olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

4. BULGULAR

Abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve kaygıya etkisini belirlemek için yapılan çalışmaya dahil edilen 145 hastadan edinilen veriler bu bölümde sunuldu.

Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=145)

Değişkenler	Kategori	n (%)
Yaş	Ort.±Ss	51,48±12,97
Cinsiyet	Kadın	89(61,4)
	Erkek	56(38,6)
Medeni durum	Evli	117 (80,7)
	Bekar	28(19,3)
Çocuk varlığı	Yok	20(13,8)
	1 çocuk	29(20,0)
	2 çocuk	51(35,2)
	3 çocuk	28(19,3)
	4 ve üzeri çocuk	17(11,7)
Aile tipi	Yalnız	8(5,5)
	Çekirdek aile	105(72,4)
	Geniş aile	32(22,1)
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	88(60,7)
	Ortaöğretim	35(24,1)
	Üniversite	22(15,2)
Çalışma durumu	Evet	49(33,8)
	Hayır	96(66,2)
En uzun süre yaşanan yer	İl	107(73,8)
	İlçe	28(19,3)
	Kasaba/köy	10(6,9)
Sağlık güvencesi	Evet	133(91,7)
	Hayır	12(8,3)
Gelir durumu	Giderden fazla	27(18,6)
	Gidere denk	90(62,1)
	Giderden az	28(19,3)

Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Tablo 4.1'e göre; 145 hastanın yaş ortalamasının 51,48±12,97 yıl olduğu belirlendi. Hastaların %61,4'ünün (n=89) kadın, %80,7'sinin (n=117) evli, %86,2'sinin (n=125) çocuk sahibi ve %72,4'ünün (n=105) çekirdek aileden olduğu belirlendi. Hastaların %60,7'sinin

(n=88) eğitim düzeyinin ilköğretim ve altında olduğu, %66,2'sinin (n=96) aktif olarak bir işte çalışmadığı, %91,7'sinin (n=133) bir sağlık güvencesi olduğu ve %62,1'inin (n=90) gelirinin giderine eşdeğer olduğu belirlendi. Hastaların %73,8'inin (n=107) yaşamının büyük kısmını ilde geçirdiği belirlendi.

Tablo 4.2: Hastaların Sağlık Davranışı ve Sağlık Algısı İlişkili Özellikleri (N=145)

Değişkenler	Kategori	n(%)
Hastanın tanısı	Kolelitiazis	115(79,3)
	İnguinal herni	21(14,5)
	Umbikal herni	9(6,2)
BKİ	Normal	26(17,9)
	Fazla kilolu	65(44,8)
	Obez	54(37,2)
Sigara kullanımı	Evet	39(26,9)
	Hayır	92(63,4)
	Braktı	14(9,7)
Alkol kullanımı	Hayır	145(100,0)
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	78(53,8)
	Hayır	67(46,2)
Kronik bir hastalık	Evet	101(69,7)
	Hayır	44(30,3)
Daha önce önemli bir hastalık geçirme	Evet	33(22,8)
	Hayır	112(77,2)
Daha önce hastaneye yatma	Evet	117(80,7)
	Hayır	28(19,3)
Daha önce ameliyat olma	Evet	91(62,8)
	Hayır	54(37,2)
Olumsuz ameliyat deneyimi	Hayır	145(100,0)
Sağlık bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı	78(53,8)
	Televizyon	24(16,6)
	Sosyal medya/internet	33(22,8)
	Aile/arkadaş	10(6,9)
Son bir yılda sağlık kurumuna başvurma	Gitmedi	5(3,4)
	1-2 defa	19(13,1)
	3-4 defa	43(29,7)
	5-10 defa	37(25,5)
	10 defa ve üzeri	41(28,3)
Sağlık kurumuna en çok başvurma nedeni	Düzenli kontrol	35(24,1)
	Hastalık şüphesi	36(24,8)
	Hastalık halinde	40(27,6)
	Şiddetli ağrı varlığı	25(17,2)
	Hastalığı kendi iyileştiremediğinde	9(6,2)
Alınan sağlık hizmetini değerlendirme	Çok iyi	28(19,3)
	İyi	75(51,7)
	Orta	42(29,0)
Sağlığını değerlendirme	Çok iyi	11(7,6)
	İyi	77(53,1)
	Orta	57(39,3)
Yaşam kalitesini değerlendirme	Çok iyi	13(9,0)
	İyi	73(50,3)
	Orta	54(37,2)
	Kötü	5(3,4)

Tablo 4.2'ye göre; hastaların %79,3'ünün kolelitiazis (n=115), %14,5'inin inguinal herni (n=21) ve %6,2'sinin (n=9) umbilikal herni tanısıyla serviste yattığı belirlendi. Hastaların %44,8'inin (n=65) fazla kilolu olduğu, %26,9'unun (n=39) aktif olarak sigara kullandığı, %69,7'sinin (n=101) kronik bir hastalığa sahip olduğu ve %53,8'inin (n=78) devamlı ilaç kullandığı belirlendi. Hastaların %22,8'inin (n=33) önemli bir hastalık atlattığı, %80,7'sinin (n=117) önceden hastanede yattığı ve %62,8'inin (n=91) önceden ameliyat olduğu belirlendi.

Hastaların %53,8'inin (n=78) sağlığa dair bilgileri sağlık çalışanından edindiği belirlendi. Son bir senede hastaların %13,1'inin (n=19) 1-2 kere, %29,7'sinin (n=43) 3-4 kere, %25,5'inin (n=37) 5-10 kere ve %28,3'ünün (n=41) 10 ve daha fazla sağlık kurumuna başvurduğu ve %24,1'inin (n=35) kontrol amaçlı, %24,8'inin (n=36) hastalık şüphesiyle, %27,6'sının (n=41) hastalık halinde, %17,2'sinin (n=25) şiddetli ağrı varlığında ve %6,2'sinin (n=9) hastalığı kendi iyileştiremediğinde sağlık kurumuna başvurduğu belirlendi.

Hastaların %50,3'ünün (n=73) yaşam kalitesini, %51,7'sinin (n=75) aldığı sağlık hizmetini ve %53,1'inin (n=77) sağlığını iyi olarak belirttiği belirlendi.

Tablo 4.3: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ort.±Ss	Ortanca	En az	En çok
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)				
Bilgiye Erişim	20,63±3,66	21	9	25
Bilgileri Anlama	27,60±5,13	29	15	35
Değerlendirme	33,30±5,09	34	16	40
Uygulama	20,94±3,24	21	12	25
SOYÖ-Toplam	102,48±15,21	104	67	125
Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)				
Kontrol Merkezi	16,10±4,71	17	6	25
Kesinlik	11,10±2,97	11	4	18
Sağlığın Önemi	11,99±1,97	12	7	15
Öz Farkındalık	10,90±2,33	11	5	15
SAÖ-Toplam	50,08±7,40	50	30	70
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)				
AÖKÖ-Toplam	25,77±7,48	26	10	46

Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Tablo 4.3'e göre; hastaların SOYÖ toplam puan ortalaması 102,48±15,21 (en az-en çok: 67-125) olarak hesaplandı. SOYÖ alt boyut puan ortalamaları ise bilgiye erişim alt boyutu için 20,63±3,66 (en az-en çok: 9-25), bilgileri anlama için 27,60±5,13 (en az-en çok: 15-35), değerlendirme için 33,30±5,09 (en az-en çok: 16-40) ve uygulama için 20,94±3,24 (en az-en çok: 12-25) bulundu.

Hastaların SAÖ toplam puan ortalaması $50,08 \pm 7,40$ (en az-en çok: 30-70) olarak hesaplandı. SAÖ alt boyut puan ortalamaları ise kontrol merkezi alt boyutu için $16,10 \pm 4,71$ (en az-en çok: 6-25), kesinlik için $11,10 \pm 2,97$ (en az-en çok: 4-18), sağlığın önemi için $11,99 \pm 1,97$ (en az-en çok: 7-15) ve öz farkındalık için $10,90 \pm 2,33$ (en az-en çok: 5-15) puan olarak hesaplandı.

Hastaların AÖKÖ toplam puan ortalaması $25,77 \pm 7,48$ (en az: 10, en çok: 46) olarak hesaplandı.

Tablo 4.4: Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

		SOYÖ	SAÖ
SAÖ	<i>r</i>	0,429	
	<i>P-değeri</i>	<0,001*	
AÖKÖ	<i>r</i>	-0,294	-0,356
	<i>P-değeri</i>	<0,001*	<0,001*

* $p < 0,05$; *r*: Pearson korelasyon testi

Tablo 4.4'e göre; sağlık okuryazarlık seviyesi ile sağlık algısı ilişkisinin istatistiki yönden anlamlı ve pozitif olduğu ($r=0,429$; $p < 0,001$) ve bu bulgudan hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesi arttıkça sağlık algısının da arttığı belirlendi.

Sağlık okuryazarlık seviyesi ve sağlık algısı ile ameliyata özgü kaygı ilişkisinin istatistiki yönden anlamlı ve negatif olduğu ($r=-0,294$; $p < 0,001$ ve $r=-0,356$; $p < 0,001$) ve bu bulgudan hastaların gerek sağlık okuryazarlık seviyesi gerek sağlık algısı arttıkça ameliyata özgü kaygısının azaldığı belirlendi.

Tablo 4.5: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SOYÖ Puan Ortalamaları (N=145)

Değişkenler	Kategori	n	SOYÖ		
			Ort.±Ss	Test değeri	P-değeri
Yaş	Bütün	145	-	$r=-0,253$	$0,002^*$
Cinsiyet	Kadın	89	99,60±16,21	$t=3,142$	$0,002^*$
	Erkek	56	107,05±12,26		
Medeni durum	Evli	117	103,10±15,09	$t=1,015$	$0,312$
	Bekar	28	99,86±15,70		
Çocuk varlığı	Yok ⁰	20	108,65±12,04	$F=2,642$	$0,036^*$ $f=0>4^{**}$
	1 çocuk ¹	29	103,62±16,03		
	2 çocuk ²	51	103,71±14,59		
	3 çocuk ³	28	99,89±15,76		
	4 ve üzeri çocuk ⁴	17	93,82±15,11		
Aile tipi	Yalnız	8	101,38±12,64	$F=2,242$	$0,110$
	Çekirdek aile	105	104,04±14,77		
	Geniş aile	32	97,63±16,51		
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı ¹	88	98,18±15,77	$F=10,342$	$<0,001^*$ $f=1<2,3^{**}$
	Ortaöğretim ²	35	108,03±12,70		
	Üniversite ³	22	110,82±9,61		
Çalışma durumu	Evet	49	105,59±12,09	$t=1,957$	$0,053$
	Hayır	96	100,89±16,40		
En uzun süre yaşanan yer	İl	107	103,94±14,68	$F=2,230$	$0,111$
	İlçe	28	99,46±16,16		
	Kasaba/köy	10	95,20±16,34		
Sağlık güvencesi	Evet	133	102,50±15,15	$t=0,073$	$0,143$
	Hayır	12	102,17±16,51		
Gelir durumu	Giderden fazla	27	103,26±14,94	$F=0,231$	$0,794$
	Gidere denk	90	102,78±15,10		
	Giderden az	28	100,75±16,21		

*p<0,05; t: Bağımsız örneklem t testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, r: Pearson korelasyon testi, **: Tukey post-hoc testi, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

Tablo 4.5'e göre; hastaların yaşı ile sağlık okuryazarlık seviyesi arasındaki ilişkinin istatistiki yönden anlamlı ve negatif olduğu ($r=-0,253$; $p=0,002$); hastaların yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyesinin azaldığı belirlendi.

Kadın hastaların erkeklere nazaran sağlık okuryazarlığı seviyesinin istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde düşük olduğu saptandı ($t=3,142$; $p=0,002$).

Çocuk sayısına göre hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık olduğu ($F=2,642$; $p=0,036$) ve farklılığın alt grup analizi sonucunda çocuksuz olanlar ile 4 ve 4'ten çok çocuklu olanlar arasında olduğu belirlendi. 4 ve 4'ten çok çocuklu hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesi daha düşüktü.

Eğitim düzeyine göre hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık olduğu ($F=10,342$; $p<0,001$) ve farklılığın alt grup analizi sonucunda ilköğretim ve altı eğitim düzeyindekilerden kaynaklandığı belirlendi. Eğitim düzeyi ilköğretim ve altındakilerin sağlık okuryazarlığı seviyesi daha düşüktü.

Yukarıdaki değişkenler dışında sosyodemografik özelliklerine göre hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılık saptanmadı ($p>0,05$).



Tablo 4.6: Hastaların Sağlık Davranışı ve Sağlık Algısı İlişkili Özelliklerine Göre SOYÖ puan ortalamaları (N=145)

Değişkenler	Kategori	n	SOYÖ		Test değeri	P-değeri
			Ort.±Ss			
Hastanın tanısı	Kolelitiazis	115	101,94±15,12		F=2,099	0,126
	İnguinal herni	21	107,90±13,82			
	Umblikal herni	9	96,67±17,51			
BKİ	Normal	26	105,12±14,14		F=2,151	0,120
	Fazla kilolu	65	104,20±14,29			
	Obez	54	99,13±16,40			
Sigara kullanımı	Evet	39	103,21±14,13		F=0,556	0,575
	Hayır	92	102,78±15,82			
	Bıraktı	14	98,43±14,31			
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	78	100,41±15,74		t=1,778	0,077
	Hayır	67	104,88±14,31			
Kronik bir hastalık	Evet	101	101,53±15,64		t=1,130	0,260
	Hayır	44	104,64±14,09			
Daha önce önemli bir hastalık geçirme	Evet	33	102,15±17,24		t=0,139	0,890
	Hayır	112	102,57±14,64			
Daha önce hastaneye yatma	Evet	117	101,75±15,94		t=1,435	0,157
	Hayır	28	105,50±11,41			
Daha önce ameliyat olma	Evet	91	102,89±15,65		t=0,425	0,672
	Hayır	54	101,78±14,54			
Sağlık bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı	78	101,77±16,23		F=1,990	0,118
	Televizyon	24	99,38±13,71			
	Sosyal medya/internet	33	107,70±12,02			
	Aile/arkadaş	10	98,20±17,36			
Son bir yılda sağlık kurumuna başvurma	Gitmedi	5	108,40±6,99		F=1,114	0,352
	1-2 defa	19	107,21±15,58			
	3-4 defa	43	102,30±15,03			
	5-10 defa	37	102,97±14,49			
	10 defa ve üzeri	41	99,29±16,32			
Sağlık kurumuna en çok başvurma nedeni	Düzenli kontrol	35	103,66±16,15		F=0,439	0,780
	Hastalık şüphesi	36	103,75±15,60			
	Hastalık halinde	40	100,23±14,00			
	Şiddetli ağrı varlığı	25	103,60±14,79			
	Hastalığı kendi iyileştiremediğinde	9	99,67±18,02			
Alınan sağlık hizmetini değerlendirme	Çok iyi	28	107,54±16,17		F=2,829	0,062
	İyi	75	102,63±15,71			
	Orta	42	98,83±12,77			
Sağlığını değerlendirme	Çok iyi ¹	11	104,18±17,38		F=3,510	0,033*
	İyi ²	77	105,25±14,62			
	Orta ³	57	98,40±14,92			
Yaşam kalitesini değerlendirme	Çok iyi	13	102,77±16,58		F=1,653	0,180
	İyi	73	104,96±15,09			
	Orta	54	98,94±14,48			
	Kötü	5	103,60±18,43			

*p<0,05; t: Bağımsız örneklem t testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, r: Pearson korelasyon testi, **: Tukey post-hoc testi, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

Tablo 4.6'ya göre; sağlık durumunu değerlendirme düzeyine göre hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık olduğu

($F=3,510$; $p=0,033$) ve farklılığın alt grup analizi sonucunda sağlığını orta olarak belirtenlerden kaynaklandığı belirlendi. Sağlığını orta olarak belirtenlerin sağlık okuryazarlığı seviyesi çok iyi ve iyi olarak belirtenlere göre daha düşüktü.

Yukarıdaki değişken dışında sağlık davranışı ve sağlık algısı ilişkili özelliklerine göre hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.7: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamaları (N=145)

Değişkenler	Kategori	n	SAÖ		Test değeri	P-değeri
			Ort.±Ss			
Yaş	Ort.±Ss	145	-		$r=-0,149$	$0,073$
Cinsiyet	Kadın	89	48,87±7,47		$t=2,544$	$0,012^*$
	Erkek	56	52,02±6,92			
Medeni durum	Evli	117	49,94±7,43		$t=0,473$	$0,637$
	Bekar	28	50,68±7,41			
Çocuk varlığı	Yok ⁰	20	52,10±7,74		$F=3,765$	$0,006^*$
	1 çocuk ¹	29	51,21±7,15			$f=4<0,1,2^{**}$
	2 çocuk ²	51	51,47±7,15			
	3 çocuk ³	28	48,00±7,65			
	4 ve üzeri çocuk ⁴	17	45,06±5,13			
Aile tipi	Yalnız	8	51,38±8,16		$F=0,587$	$0,557$
	Çekirdek aile	105	50,34±7,48			
	Geniş aile	32	48,91±7,06			
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı ¹	88	48,47±7,10		$F=8,226$	$<0,001^*$
	Ortaöğretim ²	35	50,97±7,64			$f=3>1,2^{**}$
	Üniversite ³	22	55,14±5,79			
Çalışma durumu	Evet	49	52,69±7,47		$t=3,125$	$0,002^*$
	Hayır	96	48,75±7,04			
En uzun süre yaşanılan yer	İl	107	50,07±7,55		$F=0,018$	$0,982$
	İlçe	28	50,00±7,70			
	Kasaba/köy	10	50,50±5,28			
Sağlık güvencesi	Evet	133	50,20±7,34		$t=0,609$	$0,543$
	Hayır	12	48,83±8,36			
Gelir durumu	Giderden fazla	27	51,19±7,42		$F=1,688$	$0,189$
	Gidere denk	90	50,44±7,11			
	Giderden az	28	47,86±8,11			

* $p<0,05$; **t**: Bağımsız örneklem t testi, **F**: Tek yönlü ANOVA testi, **r**: Pearson korelasyon testi, ******: Tukey post-hoc testi, **Ort**: Ortalama, **Ss**: Standart sapma

Tablo 4.7'ye göre; kadın hastaların erkeklere göre sağlık algısı seviyesinin istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde düşük olduğu saptandı ($t=2,544$; $p=0,012$).

Çocuk sayısına göre hastaların sağlık algısı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık olduğu ($F=3,765$; $p=0,006$) ve farklılığın alt grup analizi sonucunda 4 ve 4'ten çok çocuklu olanlardan kaynaklandığı belirlendi. 4 ve 4'ten çok çocuklu hastaların sağlık algısı daha düşüktü.

Eğitim düzeyine göre hastaların sağlık algısı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık olduğu (F=8,226; p<0,001) ve farklılığın alt grup analizi sonucunda eğitim durumu niversite olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Eğitim durumu niversite olanların sağlık algısı daha yüksekti.

Aktif olarak bir işte çalışanların çalışmayanlara nazaran sağlık algısı istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde yüksek saptandı (t=3,125; p=0,002).

Yukarıdaki değişkenler dışında sosyodemografik özelliklerine göre hastaların sağlık algısı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılık saptanmadı (p>0,05).



Tablo 4.8: Hastaların Sağlık Davranışı ve Sağlık Algısı İlişkili Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamaları (N=145)

Değişkenler	Kategori	n	SAÖ		P-değeri
			Ort.±Ss	Test değeri	
Hastanın tanısı	Kolelitiazis ¹	115	49,40±7,44	F=4,846	0,009* f=2>1,3**
	İnguinal herni ²	21	54,57±6,28		
	Umblikal herni ³	9	48,33±5,98		
BKİ	Normal	26	50,88±5,55	F=2,000	0,139
	Fazla kilolu	65	51,08±7,01		
	Obez	54	48,50±8,43		
Sigara kullanımı	Evet	39	50,85±7,47	F=0,284	0,753
	Hayır	92	49,83±7,17		
	Bıraktı	14	49,64±9,04		
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	78	49,24±7,59	t=1,479	0,141
	Hayır	67	51,06±7,11		
Kronik bir hastalık	Evet	101	49,47±7,54	t=1,528	0,129
	Hayır	44	51,50±6,96		
Daha önce önemli bir hastalık geçirme	Evet	33	49,61±6,97	t=0,420	0,675
	Hayır	112	50,22±7,55		
Daha önce hastaneye yatma	Evet	117	49,45±7,39	t=2,119	0,036*
	Hayır	28	52,71±6,99		
Daha önce ameliyat olma	Evet	91	49,48±7,23	t=1,268	0,207
	Hayır	54	51,09±7,64		
Sağlık bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı	78	49,81±7,21	F=1,317	0,271
	Televizyon	24	48,08±5,98		
	Sosyal medya/internet	33	51,79±8,44		
	Aile/arkadaş	10	51,40±7,97		
Son bir yılda sağlık kurumuna başvurma	Gitmedi	5	51,40±11,87	F=0,813	0,519
	1-2 defa	19	51,63±6,00		
	3-4 defa	43	51,09±6,95		
	5-10 defa	37	49,03±6,73		
	10 defa ve üzeri	41	49,10±8,43		
Sağlık kurumuna en çok başvurma nedeni	Düzenli kontrol	35	50,80±7,61	F=0,949	0,438
	Hastalık şüphesi	36	50,89±7,94		
	Hastalık halinde	40	50,23±7,31		
	Şiddetli ağrı varlığı	25	47,52±4,90		
	Hastalığı kendi iyileştiremediğinde	9	50,56±10,30		
Alınan sağlık hizmetini değerlendirme	Çok iyi	28	49,64±5,58	F=0,519	0,596
	İyi	75	50,68±8,31		
	Orta	42	49,31±6,78		
Sağlığını değerlendirme	Çok iyi ¹	11	51,55±6,88	F=3,533	0,032* f=3<1,2**
	İyi ²	77	51,35±6,66		
	Orta ³	57	48,09±8,10		
Yaşam kalitesini değerlendirme	Çok iyi	13	51,62±5,94	F=2,601	0,055
	İyi	73	51,44±7,39		
	Orta	54	47,94±6,98		
	Kötü	5	49,40±11,61		

*p<0,05; t: Bağımsız örneklem t testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, r: Pearson korelasyon testi, **: Tukey post-hoc testi, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

Tablo 4.8'e göre; tanıya göre hastaların sağlık algısı seviyesinde istatistiksel yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık olduğu (F=4,846; p=0,009) ve farklılığın alt grup analizi

sonucunda inguinal herni tanısı alan hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. İnguinal herni tanısı alan hastaların sağlık algısı daha yüksekti.

Önceden hastanede yatan hastaların sağlık algısının istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde daha düşük olduğu belirlendi ($t=2,119$; $p=0,036$).

Sağlık durumunu değerlendirme düzeyine göre hastaların sağlık algısı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık olduğu ($F=3,533$; $p=0,032$) ve farklılığın alt grup analizi sonucunda sağlığını orta olarak belirten hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Sağlığını orta olarak belirtenlerin sağlık algısı çok iyi ve iyi olarak belirtenlere göre daha düşüktü.

Yukarıdaki değişkenler dışında sağlık davranışı ve sağlık algısı ilişkili özelliklerine göre hastaların sağlık algısı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.9: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre AÖKÖ Puan Ortalamaları (N=145)

Değişkenler	Kategori	n	AÖKÖ		
			Ort.±Ss	Test değeri	P-değeri
Yaş	Ort.±Ss	145	-	$r=0,176$	$0,034^*$
Cinsiyet	Kadın	89	26,98±7,20	$t=2,489$	$0,014^*$
	Erkek	56	23,86±7,57		
Medeni durum	Evli	117	25,74±7,53	$t=0,123$	$0,903$
	Bekar	28	25,93±7,38		
Çocuk varlığı	Yok	20	24,90±8,21	$F=1,073$	$0,372$
	1 çocuk	29	24,34±6,25		
	2 çocuk	51	25,65±8,00		
	3 çocuk	28	26,25±7,51		
	4 ve üzeri çocuk	17	28,82±6,71		
Aile tipi	Yalnız	8	24,88±6,53	$F=1,150$	$0,320$
	Çekirdek aile	105	25,30±7,64		
	Geniş aile	32	27,53±7,09		
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı ¹	88	27,20±7,69	$F=6,783$	$0,002^*$ $f=3<1,2^{**}$
	Ortaöğretim ²	35	25,20±6,50		
	Üniversite ³	22	20,95±6,06		
Çalışma durumu	Evet	49	24,20±7,61	$t=1,818$	$0,071$
	Hayır	96	26,57±7,32		
En uzun süre yaşanılan yer	İl	107	25,41±7,57	$F=0,530$	$0,590$
	İlçe	28	27,04±7,52		
	Kasaba/köy	10	26,10±6,61		
Sağlık güvencesi	Evet	133	25,81±7,50	$t=0,212$	$0,833$
	Hayır	12	25,33±7,51		
Gelir durumu	Giderden fazla	27	23,04±7,88	$F=2,677$	$0,072$
	Gidere denk	90	26,06±7,46		
	Giderden az	28	27,50±6,64		

* $p<0,05$; **t**: Bağımsız örneklem t testi, **F**: Tek yönlü ANOVA testi, **r**: Pearson korelasyon testi, ******: Tukey post-hoc testi, **Ort**: Ortalama, **Ss**: Standart sapma

Tablo 4.9'a göre; hastaların yaşı ile ameliyata özgü kaygı seviyesi arasındaki ilişkinin istatistiki yönden anlamlı ve pozitif olduğu ($r=0,176$; $p=0,034$); hastaların artan yaşının ameliyata özgü kaygı seviyesini de arttırdığı belirlendi.

Kadın hastaların erkeklere nazaran ameliyata özgü kaygı seviyesinin istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde yüksek olduğu belirlendi ($t=2,489$; $p=0,014$).

Eğitim düzeyine göre hastaların ameliyat kaygısında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık olduğu ($F=6,783$; $p=0,002$) ve farklılığın alt grup analizi sonucunda eğitim durumu üniversite olanlardan kaynaklandığı belirlendi. Eğitim durumu üniversite olanların ameliyata özgü kaygı seviyesi daha düşüktü.

Yukarıdaki değişkenler dışında sosyodemografik özelliklerine göre hastaların ameliyat kaygısında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.10: Hastaların Sağlık Davranışı ve Sağlık Algısı İlişkili Özelliklerine Göre AÖKÖ Puan Ortalamaları (N=145)

Değişkenler	Kategori	n	AÖKÖ		P-değeri
			Ort.±Ss	Test değeri	
Hastanın tanısı	Kolelitiazis	115	26,03±7,55	<i>F=0,514</i>	0,599
	İnguinal herni	21	24,24±8,25		
	Umbilikal herni	9	26,11±4,08		
BKİ	Normal	26	27,42±6,27	<i>F=0,776</i>	0,462
	Fazla kilolu	65	25,34±7,83		
	Obez	54	25,50±7,60		
Sigara kullanımı	Evet	39	24,41±7,05	<i>F=1,436</i>	0,241
	Hayır	92	25,98±7,54		
	Bıraktı	14	28,21±8,04		
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	78	26,41±7,69	<i>t=1,109</i>	0,269
	Hayır	67	25,03±7,21		
Kronik bir hastalık	Evet	101	26,30±7,56	<i>t=1,282</i>	0,202
	Hayır	44	24,57±7,23		
Daha önce önemli bir hastalık geçirme	Evet	33	28,09±7,71	<i>t=2,048</i>	0,042*
	Hayır	112	25,09±7,31		
Daha önce hastaneye Yatma	Evet	117	26,64±7,67	<i>t=3,635</i>	0,001*
	Hayır	28	22,14±5,37		
Daha önce ameliyat olma	Evet	91	25,59±7,41	<i>t=0,373</i>	0,710
	Hayır	54	26,07±7,65		
Sağlık bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı ¹	78	26,63±7,15	<i>F=5,769</i>	0,001* <i>f=3<1,2**</i>
	Televizyon ²	24	29,25±7,10		
	Sosyal medya/internet ³	33	22,03±7,90		
	Aile/arkadaş ⁴	10	23,10±3,11		
Son bir yılda sağlık kurumuna başvurma	Gitmedi	5	26,20±7,09	<i>F=1,326</i>	0,263
	1-2 defa	19	23,58±7,11		
	3-4 defa	43	25,77±8,43		
	5-10 defa	37	24,68±6,86		
	10 defa ve üzeri	41	27,73±7,03		
Sağlık kurumuna en çok başvurma nedeni	Düzenli kontrol	35	27,00±7,09	<i>F=1,180</i>	0,322
	Hastalık şüphesi	36	25,86±8,28		
	Hastalık halinde	40	26,08±7,00		
	Şiddetli ağrı varlığı	25	25,12±7,71		
	Hastalığı kendi iyileştiremediğinde	9	21,11±6,57		
Alınan sağlık hizmetini değerlendirme	Çok iyi	28	26,71±7,83	<i>F=0,281</i>	0,756
	İyi	75	25,48±7,35		
	Orta	42	25,67±7,60		
Sağlığını değerlendirme	Çok iyi	11	27,09±8,08	<i>F=1,278</i>	0,282
	İyi	77	24,84±7,84		
	Orta	57	26,77±6,80		
Yaşam kalitesini değerlendirme	Çok iyi	13	25,23±7,12	<i>F=0,235</i>	0,872
	İyi	73	25,42±7,88		
	Orta	54	26,44±6,95		
	Kötü	5	25,00±9,72		

*p<0,05; t: Bağımsız örneklem t testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, r: Pearson korelasyon testi, **: Tukey post-hoc testi, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

Tablo 4.10'a göre; önemli bir hastalık atlatan ($t=2,048$; $p=0,042$) ve önceden hastanede yatmış olan ($t=3,635$; $p=0,001$) hastaların ameliyata özgü kaygı seviyesi istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde daha yüksek belirlendi.

Sağlığa dair bilgi edinme kaynağına göre hastaların ameliyat kaygısında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık olduğu ($F=5,769$; $p=0,001$) ve farklılığın alt grup analizi sonucunda sağlığa dair bilgileri internet veya sosyal medyadan edinen hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Sağlığa dair bilgileri internet veya sosyal medyadan edinen hastaların ameliyata özgü kaygı seviyesi daha düşüktü.

Yukarıdaki değişkenler dışında sağlık davranışı ve sağlık algısı ilişkili özelliklerine göre hastaların ameliyata özgü kaygı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.11: Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler

Değişkenler	B	SH	%95 Güven Aralığı		β	t	p	VIF	Tol.
			Alt	Üst					
Sabit değer	92,24	7,49	77,43	107,05		12,315	<0,001		
Yaş	-0,19	0,11	-0,41	0,03	-0,17	-1,739	0,084	1,59	0,63
Cinsiyet									
<i>Erkek – Kadın**</i>	5,76	2,66	0,50	11,01	0,38	2,165	0,032*	1,28	0,78
Çocuk sayısı	-0,97	1,22	-3,38	1,44	-0,08	-0,796	0,428	1,60	0,62
Eğitim düzeyi	5,55	1,79	2,01	9,10	0,27	3,095	0,002*	1,36	0,74
Hastanın sağlığını değerlendirme düzeyi	4,83	1,94	1,00	8,66	0,19	2,494	0,014*	1,06	0,95
Aktif bir işte çalışma durumu									
<i>Evet – Hayır**</i>	4,80	3,01	-1,15	10,74	0,32	1,596	0,113	1,54	0,65
Doğrusal regresyon model özeti									
			Model yöntem=			Enter			
			F ₍₆₋₁₃₈₎ =			6,23; p<0,001			
			R ²			0,213			
			DW istatistiği=			1,86			
			Bağımlı değişken=			Sağlık okuryazarlığı			

*p<0,05; B=Standartlaştırılmamış regresyon tahmini, β =Standartlaştırılmış regresyon tahmini, SH=Standart hata, VIF= Varyans enflasyon faktörü, Tol= Tolerans değeri, **: Referans değer, DW=Durbin Watson test istatistiği

Hastaların “sağlık okuryazarlığı seviyesine etki eden bağımsız faktörleri” belirlemek amacıyla yapılan tek değişkenli analizlerde hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile %5 ve %10 istatistiksel önem seviyesinde anlamlı ilişkisi olan değişkenler enter yöntemiyle modellendi. Model %5 önem düzeyinde anlamlı bulundu ($F_{(6-138)}=6,23$; $p<0,001$). Modelde çoklu doğrusallık ($VIF=<5$ ve tolerans= $>0,20$) ve otokorrelasyon ($DW=1,86$) sorunu yoktur. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki tüm değişimin ortalama %21’ini açıkladığı ($R^2=0,213$) modelde değişkenler arasındaki ilişki ele alındığında; erkek cinsiyetin [$\beta=0,38$; $p=0,032$], artan eğitim düzeyinin [$\beta=0,27$; $p=0,002$] ve sağlık durumunu iyi olarak

değerlendirmenin [$\beta=0,19$; $p=0,014$] hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini arttıran bağımsız değişkenler olduğu belirlendi (Tablo 4.11).

Tablo 4.12: Hastaların Sağlık Algısı Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler

Değişkenler	B	SH	%95 Güven Aralığı		β	t	p	VIF	Tol.	
			Alt	Üst						
Sabit değer	37,86	5,94	26,11	49,60		6,377	<0,001			
Yaş	0,06	0,05	-0,04	0,17	0,11	1,176	0,242	1,29	0,77	
Cinsiyet										
<i>Erkek – Kadın**</i>	-1,34	1,43	-4,17	1,49	-0,18	-0,936	0,351	1,33	0,75	
Çocuk sayısı	-0,93	0,57	-2,05	0,18	-0,15	-1,651	0,101	1,28	0,78	
Eğitim düzeyi	1,15	0,86	-0,56	2,86	0,12	1,334	0,184	1,22	0,82	
Aktif bir işte çalışma durumu										
<i>Evet – Hayır**</i>	-1,55	1,40	-4,31	1,21	-0,21	-1,110	0,269	1,26	0,79	
Hastanın tanısı										
<i>Inguinal herni – Kolelitiazis**</i>	3,37	1,72	-0,03	6,77	0,46	1,963	0,052	1,08	0,93	
<i>Umbilikal herni – Kolelitiazis**</i>	-0,96	2,23	-5,37	3,45	-0,13	-0,432	0,667			
Daha önce hastaneye yatma										
<i>Hayır – Evet**</i>	0,08	1,60	-3,09	3,25	0,01	0,053	0,958	1,21	0,83	
Sağlık okuryazarlığı düzeyi	0,13	0,04	0,05	0,21	0,27	3,304	0,001*	1,17	0,86	
Ameliyata özgü kaygı düzeyi	-0,22	0,08	-0,37	-0,07	-0,22	-2,823	0,005*	1,09	0,92	
Hastanın sağlığını değerlendirme düzeyi	1,24	0,92	-0,58	3,06	0,10	1,345	0,181	1,06	0,94	
Doğrusal regresyon model özeti	Model yöntem=				Enter					
	F ₍₁₁₋₁₃₃₎ =				5,88; p<0,001					
	R ²				0,327					
	DW istatistiği=				2,04					
	Bağımlı değişken=				Sağlık algısı					

*p<0,05; B=Standartlaştırılmamış regresyon tahmini, β =Standartlaştırılmış regresyon tahmini, SH=Standart hata, VIF= Varyans enflasyon faktörü, Tol= Tolerans değeri, **: Referans değeri, DW=Durbin Watson test istatistiği

Hastaların “sağlık algısı seviyesine etki eden bağımsız faktörleri” belirlemek amacıyla yapılan tek değişkenli analizlerde hastaların sağlık algısı ile %5 ve %10 istatistiksel önem seviyesinde anlamlı ilişkisi olan değişkenler enter yöntemiyle modellendi. Model %5 önem düzeyinde anlamlı bulundu ($F_{(11-133)}=5,88$; $p<0,001$). Modelde çoklu doğrusallık ($VIF=<5$ ve tolerans= $>0,20$) ve otokorrelasyon ($DW=2,04$) sorunu yoktur. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki tüm değişimin ortalama %33’ünü açıkladığı ($R^2=0,327$) modelde değişkenler arasındaki ilişki ele alındığında; artan sağlık okuryazarlığı düzeyinin hastaların sağlık algısını arttırdığı [$\beta=0,27$; $p=0,001$]; artan ameliyata özgü kaygı düzeyinin ise sağlık algısını azalttığı [$\beta=-0,22$; $p=0,005$] belirlendi (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Hastaların Ameliyata Özgü Kaygı Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler

Değişkenler	B	SH	%95 Güven Aralığı		β	t	p	VIF	Tol.	
			Alt	Üst						
Sabit değer	40,49	6,15	28,33	52,65		6,588	<0,001			
Yaş	0,01	0,05	-0,10	0,11	0,01	0,154	0,878	1,22	0,82	
Cinsiyet								1,31	0,76	
<i>Erkek – Kadın**</i>	-1,24	1,51	-4,23	1,75	-0,17	-0,821	0,413			
Eğitim düzeyi	-0,79	0,93	-2,63	1,04	-0,08	-0,856	0,394	1,23	0,81	
Daha önce önemli bir hastalık geçirme								1,11	0,9	
<i>Evet – Hayır**</i>	1,68	1,48	-1,24	4,60	0,22	1,137	0,257			
Daha önce hastaneye yatma								1,23	0,82	
<i>Evet – Hayır**</i>	1,48	1,74	-1,96	4,92	0,20	0,849	0,398			
Sağlık bilgi kaynağı								1,06	0,95	
<i>Sağlık çalışanı – Sosyal medya/internet**</i>	2,20	1,56	-0,89	5,29	0,29	1,411	0,161			
<i>Televizyon – Sosyal medya/internet**</i>	4,26	2,00	0,30	8,22	0,57	2,130	0,035*			
<i>Aile/arkadaş – Sosyal medya/internet**</i>	-1,08	2,55	-6,13	3,97	-0,14	-0,424	0,673			
Sağlık okuryazarlığı düzeyi	-0,06	0,04	-0,15	0,03	-0,13	-1,402	0,163	1,19	0,84	
Sağlık algısı düzeyi	-0,22	0,09	-0,40	-0,05	-0,22	-2,486	0,014*	1,17	0,86	
Aktif bir işte çalışma durumu								1,23	0,81	
<i>Evet – Hayır**</i>	-1,10	1,46	-3,98	1,79	-0,15	-0,750	0,455			
Gelir durumu								1,04	0,96	
<i>Gidere denk – Giderden fazla**</i>	1,51	1,54	-1,54	4,55	0,20	0,978	0,330			
<i>Giderden az – Giderden fazla**</i>	1,69	1,91	-2,09	5,48	0,23	0,884	0,378			
Doğrusal regresyon model özeti	Model yöntem=				Enter					
	F ₍₁₃₋₁₃₁₎ =				3,56; p<0,001					
	R ²				0,261					
	DW istatistiği=				1,87					
	Bağımlı değişken=				Ameliyata özgü kaygı					

*p<0,05; B=Standartlaştırılmamış regresyon tahmini, β =Standartlaştırılmış regresyon tahmini, SH=Standart hata, VIF= Varyans enflasyon faktörü, Tol= Tolerans değeri, **: Referans değer, DW=Durbin Watson test istatistiği

Hastaların “ameliyata özgü kaygı seviyesine etki eden bağımsız faktörleri” belirlemek amacıyla yapılan tek değişkenli analizlerde hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyi ile %5 ve %10 istatistiksel önem seviyesinde anlamlı ilişkisi olan değişkenler enter yöntemiyle modellendi. Model %5 önem düzeyinde anlamlı bulundu ($F_{(13-131)}=3,56$; $p<0,001$). Modelde çoklu doğrusallık ($VIF=<5$ ve tolerans= $\geq 0,20$) ve otokorrelasyon ($DW=1,87$) sorunu yoktur. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki tüm değişimin ortalama %26’sını açıkladığı ($R^2=0,261$) modelde değişkenler arasındaki ilişki ele alındığında; artan sağlık algısının hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyini azaltan [$\beta=-0,22$; $p=0,014$]; sağlığa dair bilgileri televizyondan edinmenin ise ameliyata özgü kaygı düzeyini arttıran [$\beta=0,57$; $p=0,035$] bağımsız değişkenler olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

5. TARTIŞMA

Abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve kaygıya etkisini belirlemek için tanımlayıcı tipte yapılan çalışmanın bulguları literatürdeki çalışmalarla birlikte bu bölümde tartışıldı.

Çalışmaya katılanların yaş ortalamasının $51,48 \pm 12,97$ yıl olduğu ve çoğunluğunun kadın, evli, çocuklu ve çekirdek aileden olduğu, eğitim düzeyinin ilköğretim ve altında olduğu, aktif olarak bir işte çalışmadığı, gelirinin giderine eş değer olduğu, sağlık güvencesinin olduğu ve yaşamının büyük kısmını ilde geçirdiği belirlendi (Tablo 4.1). Ayrıca hastaların çoğunluğunun fazla kilolu olduğu, aktif olarak sigara kullanmadığı, kronik hastalığı olduğu, devamlı ilaç kullandığı, önemli bir hastalık atlattığı, önceden hastanede yattığı, önceden ameliyat olduğu, sağlığa dair bilgileri sağlık çalışanından edindiği, sağlık kurumuna en çok hastalık halinden dolayı ve son bir sene içerisinde 3-4 kere başvurduğu, yaşam kalitesini, aldığı sağlık hizmetini ve sağlığını iyi olarak belirttiği belirlendi (Tablo 4.2). Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri, sağlık davranışı ve sağlık algısı ilişkili özelliklerinin çoğu literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Çetin ve E. Yılmaz, 2022; Kerkez, 2022; Pala, 2023; Z. Çimen, 2015). Farklı olarak Pala'nın (2023) koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmasında erkek cinsiyetin ve 63 yaş ve üzerindeki insanların çoğunlukta olduğu belirlenmiştir. Çetin ve E. Yılmaz'ın (2022) cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmasında hastaların çoğunluğunun devamlı ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Z. Çimen'in (2015) kronik hastalıklı yaşlı bireylerle yaptığı çalışmasında hastaların yaş ortalamasının $76,4 \pm 2,5$ yıl olduğu, çoğunluğunun zayıf olduğu, halen çalıştığı, gelirinin giderinden az olduğu, yaşam kalitesini ve sağlığını orta olarak belirttiği belirlenmiştir. Kerkez'in (2022) üniversite çalışanları ile yaptığı çalışmasında hastaların çoğunluğunun kronik hastalığının olmadığı, erkek ve doktora mezunu olduğu ve son 1 sene içerisinde 1-2 kere sağlık kurumuna başvurduğu bulunmuştur. Çalışmalardaki farklılıkların kaynağının çalışmaların yapıldığı yer ve kişiler ve örnekleme dahil edilme kriterleri olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların SOYÖ toplam puan ortalaması $102,48 \pm 15,21$ bulundu (Tablo 4.3). Ölçekten 25'ten 125'e kadar bir puan alınabildiğine göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir. Aras ve Bayık Temel 'in (2017) SOYÖ'nün Türkçe

geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmasında ölçeğin puan ortalaması $90,30 \pm 12,35$ bulunmuştur. SOYÖ toplam puan ortalamaları Çetin ve E. Yılmaz'ın (2022) ve Bulun Yediyıldız'ın (2021) cerrahi hastalarla yaptığı çalışmalarında sırasıyla $100,82 \pm 15,62$ ve $89,18 \pm 19,20$; Z. Çimen'in (2015) kronik hastalıklı 65 yaş ve üzerindekiyle yaptığı çalışmasında $87,96 \pm 13,89$ ve Ata'nın (2020) 50 yaş ve üzerindekiyle yaptığı çalışmasında $81,88 \pm 23,64$ bulunmuştur. Literatürde başka ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel olarak yetersiz olduğu belirlenmiştir (Aygün ve Cerim, 2021; Bakan ve M. Yıldız, 2019; Durusu Tanrıöver ve diğ., 2014; Özkan ve diğ., 2021). Bahsedilen çalışmalarla karşılaştırıldığında bu çalışmadaki hastaların çoğunluğunun eğitiminin ilköğretim ve altında olmasına rağmen SOYÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir. Bunun üzerine sağlık okuryazarlığı seviyesinin yalnız eğitimle değerlendirilemeyeceği ve hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde diğer sosyodemografik, kültürel ve çevresel özelliklerin ve genel kültür düzeyinin etkisinin olduğu söylenebilir. SOYÖ toplam puan ortalaması Kerkez'in (2022) üniversite çalışanları ile yaptığı çalışmada $107,37 \pm 13,11$, Yulu'nun (2020) ergenlerle yaptığı çalışmada $105,21 \pm 15,24$, üniversite öğrencileriyle yapılan Kuloğlu ve Uslu'nun (2022) çalışmasında ise $104,07 \pm 15,12$ bulunmuştur ve bu çalışmadan daha yüksektir. Bu farklılığın kaynağının çalışmaya katılanların yaş ortalaması ve eğitim düzeyi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların SOYÖ alt boyut puan ortalamaları bilgiye erişim için $20,63 \pm 3,66$, bilgileri anlama için $27,60 \pm 5,13$, değerlendirme için $33,30 \pm 5,09$ ve uygulama için $20,94 \pm 3,24$ puan bulundu (Tablo 4.3). Madde puan ortalamasına göre diğerleriyle kıyaslandığında en yüksek puan uygulama boyutundan en düşük puan ise bilgileri anlama boyutundan alındı. Buna göre çalışmaya katılanların sağlığa dair edindiği bilgileri yeterince anlayamasa da sağlığının korunması ve geliştirilmesine verdikleri önemden dolayı günlük yaşamda kullanabilmek için çaba gösterdiği söylenebilir. SOYÖ alt boyut puan ortalamaları Aras ve Bayık Temel'in (2017) çalışmasında bilgiye erişim için $19,56 \pm 3,1$, bilgileri anlama için $24,32 \pm 4,5$, değerlendirme için $30,08 \pm 4,7$ ve uygulama için ise $18,64 \pm 3,2$ bulunmuştur. Buna göre farklı olarak en yüksek puan bilgiye erişim, benzer şekilde en düşük puan ise bilgileri anlama boyutundadır. Bulun Yediyıldız'ın (2021) çalışmasında puan ortalamaları bilgiye erişim için $18,53 \pm 4,64$, bilgileri anlama için $23,62 \pm 6,06$, değerlendirme için $28,32 \pm 6,79$ ve uygulama için $18,72 \pm 4,07$ puan bulunmuştur. Puanın en yüksek uygulamadan en düşüğe anlama boyutundan alınmış olması bu çalışma ile benzerdir. Çetin ve E. Yılmaz'ın (2022) çalışmasında puan ortalamaları bilgiye erişim için $21,78 \pm 3,7$, bilgileri anlama için $27,93 \pm 5,9$, değerlendirme için $28,45 \pm 5,6$ ve uygulama için $22,66 \pm 3,12$ puan bulunmuştur. Buna göre

benzer şekilde en yüksek puan uygulamadan alınırken en düşük puanın değerlendirme boyutundan alınması bu çalışma ile farklılık gösterir. Kerkez'in (2022) çalışmasında ise puan ortalamaları bilgiye erişim için $22,26 \pm 2,75$, bilgileri anlama için $30,08 \pm 3,84$, değerlendirme için $34,19 \pm 4,66$ ve uygulama için ise $20,84 \pm 3,19$ puan bulunmuştur. Puanın en yüksek bilgiye erişim, en düşükse uygulama boyutundan alınmış olması bu çalışma ile farklılık gösterir. Çalışmalardaki SOYÖ alt boyut puan ortalamalarındaki farklılığın kaynağının katılımcıların bireysel özellikleri olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların SAÖ toplam puan ortalaması $50,08 \pm 7,40$ bulundu (Tablo 4.3). Ölçekten 15'ten 75'e kadar bir puan alınabildiğine göre hastaların sağlık algısının ortanın üstünde olduğu söylenebilir. SAÖ toplam puan ortalamaları Çetin ve E. Yılmaz'ın (2022) ve Türe Yılmaz ve diğ.'nin (2018) cerrahi hastalarla yaptığı çalışmalarında sırasıyla $38,43 \pm 7,70$ ve $49,50 \pm 7,97$, S. Gürses'in (2023) yetişkinlerle yaptığı çalışmasında $40,03 \pm 7,54$, koroner arter hastalarıyla yapılan Gür ve Sunal (2019) ile Pala'nın (2023) çalışmalarında sırasıyla $26,66 \pm 6,67$ ve $47,37 \pm 5,77$, Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün (2020) aile hekimliği polikliniğine gelenlerle yaptığı çalışmasında $50,18 \pm 9,86$, Yalçın'ın (2020) ile Özdelikara ve diğ.'nin (2018) öğrencilerle yaptığı çalışmalarında ise sırasıyla $42,637 \pm 7,434$ ve $50,57 \pm 4,60$ bulunmuştur. Bu çalışmanın SAÖ toplam puan ortalaması literatürdekilerle benzer ya da onlardan daha yüksektir (Baydan, 2022; Dursun ve diğ., 2019; Gül, 2018; Kolaç, 2018; Yalınzoğlu Çaka, 2017). Hastaların sağlık algısı düzeyi üzerinde sosyodemografik, kültürel ve çevresel özelliklerin ve sağlığı algılama biçiminin etkisi olduğu düşünülmektedir. Farklı olarak Kerkez'in (2022) üniversite çalışanları ile yaptığı çalışmada ise SAÖ toplam puan ortalaması $53,07 \pm 7,19$ puan ile bu çalışmadakinden daha yüksektir. Bu farklılığın kaynağının katılımcıların eğitim seviyesi ve örneklem grubu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların SAÖ alt boyut puanları kontrol merkezi için $16,10 \pm 4,71$, kesinlik için $11,10 \pm 2$, sağlığın önemi için $11,99 \pm 1,97$ ve öz farkındalık için $10,90 \pm 2,33$ puan bulundu (Tablo 4.3). Madde puan ortalamasına göre diğerleriyle kıyaslandığında en yüksek puan sağlığın önemi boyutundan en düşük puan ise kesinlik boyutundan alındı. Bunun üzerine çalışmaya katılanların sağlıklı olmak için yapılması gerekenlere dair net düşüncelerinin olmadığı ancak çaba gösterdikleri söylenebilir. SAÖ alt boyut puan ortalamaları Çetin ve E. Yılmaz'ın (2022) çalışmasında kontrol merkezi için $15,89 \pm 4,40$, kesinlik için $11,52 \pm 3,24$, sağlığın önemi için $11,60 \pm 2,38$ ve öz farkındalık için $10,49 \pm 2,34$ puan, Kerkez'in (2022) çalışmasında kontrol merkezi için $17,64 \pm 3,87$, kesinlik için $13,16 \pm 3,21$, sağlığın önemi için $11,45 \pm 2,08$ ve öz farkındalık için $10,81 \pm 2,11$ puan, Gür ve Sunal'ın (2019) çalışmasında

kontrol merkezi için $15,32 \pm 4,68$, kesinlik için $10,84 \pm 3,22$, sağlığın önemi için $11,33 \pm 2,44$ ve öz farkındalık için $9,81 \pm 2,40$, Gül'ün (2018) çalışmasında kontrol merkezi için $14,80 \pm 3,90$, kesinlik için $11,50 \pm 3,20$, sağlığın önemi için $11,10 \pm 2,30$ ve öz farkındalık için $10,70 \pm 2,00$ puan bulunmuştur. Bahsedilen çalışmalarla karşılaştırıldığında bu çalışmadaki katılımcıların SAÖ alt boyutlarından daha yüksek ya da benzer puanlar aldıkları ve benzer şekilde en yüksek puanın sağlığın öneminde en düşük puanın ise kesinlik boyutunda olduğu görülmektedir. SAÖ alt boyut puan ortalamaları Pala'nın (2023) çalışmasında ise kontrol merkezi için $6,61 \pm 2,96$, kesinlik için $12,01 \pm 3,84$, öz farkındalık için $4,64 \pm 1,35$ ve sağlığın önemi için $3,39 \pm 0,94$ puan bulunmuştur. En yüksek puan kesinlik boyutunda, en düşük puansa sağlığın önemi boyutunda olup bu çalışmadan farklıdır. Bu farklılığın bahsedilen çalışmaya katılan hastaların çoğunun hastanede uzun süre kalan, yaşlı ve kronik hastalıklı bireyler olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürdeki bu çalışmalarla karşılaştırıldığında SAÖ alt boyut puan ortalamalarındaki farklılıkta örneklem grubunun bireysel özelliklerinin etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılanların AÖKÖ toplam puan ortalaması $25,77 \pm 7,48$ bulundu (Tablo 4.3). Ölçekten en az 10 puan ve en fazla 50 puan alınabildiğine göre hastaların kaygı düzeyinin ortanın altında olduğu söylenebilir. AÖKÖ toplam puan ortalamaları Onbaşıoğlu (2023) ve Duman'ın (2016) açık kalp cerrahisi uygulanacak hastalarla yaptığı çalışmalarında sırasıyla $28,37 \pm 7,46$ ve $27,28 \pm 8,48$, Evkaya'nın (2022) genel cerrahi servisinde ameliyat olacak hastalarla yaptığı çalışmasında $27,9 \pm 10,92$, Yurddaş'ın (2022) laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak hastalarla yaptığı çalışmasında $28,29 \pm 5,73$, Bulut'un (2017) günübirlik, planlı ve acil cerrahi girişim yapılacak hastalarla yaptığı çalışmasında $28,6 \pm 7,82$, Yılmaz ve diğ.'nin (2012) planlı ameliyat olacak cerrahi hastalarla yaptığı çalışmasında $31,91 \pm 6,30$, Karancı ve Dirik'in (2003) acil cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmasında $27,54 \pm 8,95$ puan bulunmuştur. Yukarıdaki çalışmalarla karşılaştırıldığında bu çalışmanın AÖKÖ toplam puan ortalaması daha düşüktür. Farklı olarak Yıldız Fındık ve Yıldızeli Topçu'nun (2015) acil, planlı ve günübirlik cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmasında planlı cerrahi hastalarının AÖKÖ $23,76 \pm 7,12$ puanla bu çalışmadan düşük bulunmuştur. Çalışmalardaki farklılıkların hastaların sosyodemografik özellikleri ve kaygıyla baş etme becerilerinin yanı sıra yapılacak olan cerrahi girişim, cerrahi girişimin zorluğu, riskleri ve cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyata özgü kaygıya olan etkisi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların sağlık okuryazarlığı seviyesinin sağlık algısı ile ilişkisi istatistiki yönden anlamlı ve pozitif saptandı (Tablo 4.4) ve artan sağlık okuryazarlığı düzeyinin

hastaların sağlık algısını arttırdığı belirlendi (Tablo 4.12). Kerkez'in (2022) üniversite çalışanları ile yaptığı çalışmada bu ilişkinin pozitif, orta seviyeli olduğu, Durmaz ve diğ.'nin (2020) mermer fabrikası işçileri ile yaptığı çalışmada bu ilişkinin pozitif, zayıf olduğu, Alagöz Ekti'nin (2020) aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerle yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı genel puanı ile SAÖ toplam puanı ilişkisinin anlamlı ve pozitif olduğu, Yulu'nun (2020) ergenlerle yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı seviyesinin sağlık algısı ile ilişkisi anlamlı ve pozitif saptanmıştır. Örneklem grubunun üniversite öğrencileri olduğu Yalçın'ın (2020) çalışmada toplam ölçek puanlarına göre sağlık okuryazarlığı seviyesi ile sağlık algısı seviyesi ilişkisinin pozitif, düşük seviyeli olduğu saptanmıştır. Gül (2018), Say Şahin ve diğ. (2018), E. Akça ve diğ. (2020) ve Kuloğlu ve Uslu'nun (2022) çalışmalarında da sağlık okuryazarlığı seviyesi ile sağlık algısı seviyesi ilişkisinin istatistiki yönden pozitif olduğu saptanmıştır. Sentell ve diğ.'nin (2013) yaptığı çalışmada toplumdaki düşük sağlık okuryazarlığı düzeyindeki ortalama her yüzdelik artışı bireylerin kötü sağlık algısındaki ortalama %2'lik artışla ilişkilendirmişlerdir. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin olumlu sağlık davranışlarına yönelmesinin ve sağlığını iyi değerlendirip sağlığı kötüleştğinde anlayıp sorunu çözmeye çalışmasının sağlık algısını iyileştirdiği düşünülmektedir. Çetin ve E. Yılmaz'ın (2022) çalışmada ise SOYÖ toplam puanının SAÖ toplam puanıyla bir ilişkisi saptanmamıştır.

Çalışmaya katılanların sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı seviyesinin ameliyata özgü kaygı seviyesi ile ilişkisi istatistiki yönden anlamlı ve negatif saptandı. Hastaların gerek sağlık okuryazarlık seviyesi gerek sağlık algısı arttıkça ameliyata özgü kaygı seviyesinin azaldığı (Tablo 4.4) ve artan sağlık algısının hastaların ameliyata özgü kaygı seviyesi azaltan bağımsız değişken olduğu belirlendi (Tablo 4.13). Literatür incelemesinde sağlık okuryazarlığı ile ameliyata özgü kaygı seviyesi ilişkisini ele alan yeterince çalışma olmadığı görülmüştür. Şengül ve Güzel'in (2024) anestezi polikliniğe başvuran hastalarla yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyindeki artışın cerrahi anksiyete düzeyini negatif yönde etkilediği, Bulun Yediyıldız'ın (2021) kulak burun boğaz cerrahisi hastalarıyla yaptığı çalışmada SOYÖ puan ortalamaları ile "Durumluk Kaygı Ölçeği" ilişkisinin negatif ve orta seviyeli, Çetin ve E. Yılmaz'ın (2022) laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak hastalarla yaptığı çalışmada SOYÖ ile "Cerrahi Korku Ölçeği" toplam puanları ilişkisinin negatif ve zayıf olduğu saptanmıştır. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonuçları benzerdir. Yüksek düzey sağlık okuryazarlığı olan hastaların ameliyat sürecine ilişkin hem kendi edindikleri bilgileri hem de sağlık çalışanının verdikleri eğitimi daha iyi anlamasının ameliyat kaygısını azaltmada etkili

olduğu söylenebilir. Literatür incelemesinde sağlık algısı ile ameliyata özgü kaygı düzeyi ilişkisini ele alan bir çalışma olmadığı görülmüştür. İyi sağlık algısına sahip bireyin sağlığı ile ilgi olumlu duygu ve düşüncelerinin ameliyat sürecine ilişkin düşünce ve yaklaşımlarını da olumlu etkilemesi ve stresi yönetebilmesi ile ilişkili olarak ameliyat kaygısının azaldığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmada artan ameliyata özgü kaygı düzeyinin sağlık algısını azalttığı belirlendi (Tablo 4.12). Artan ameliyat kaygısının sağlık ve iyilik haline ilişkin kaygıları da arttırarak sağlık algısını azalttığı söylenebilir.

Çalışmaya katılanların yaşının sağlık okuryazarlığıyla ilişkisinin istatistiki yönden anlamlı ve negatif olduğu ve katılımcıların yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyesinin azaldığı belirlendi (Tablo 4.5). Literatürde benzer şekilde yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığını belirleyen çalışmalar mevcuttur (Bakan ve M. Yıldız, 2019; Durusu Tanrıöver ve diğ., 2014; Ilgaz, 2021; Jeong ve H.K. Kim, 2016; Li ve diğ., 2021; Morris ve diğ., 2013; Sorensen ve diğ., 2015; Teleş, 2018; Z. Çimen ve Bayık Temel, 2017). Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azalmasının yaşlandıkça bilgi işleme sürecini etkileyen bilişsel yetilerin zayıflaması ve yaşlıların eğitim düzeylerinin daha düşük olması ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Pala'nın (2023) çalışmasında ise hastaların yaş ortalamasının sağlık okuryazarlığıyla ilişkisinin istatistiki yönden anlamlı, pozitif ve orta seviyeli olduğu saptanmıştır. Çalışmalardaki farklılığın hastaların bireysel özellikleri ve sosyokültürel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Al'ın (2021) sağlık müdürlüğü çalışanları ile ve Kerkez'in (2022) üniversite hastanesi çalışanları ile yaptığı çalışmalarda ise katılımcıların yaşının sağlık okuryazarlığı seviyeleriyle ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç için bahsedilen çalışmalardaki katılımcıların sağlık alanında çalışmasının etkili olabileceği söylenebilir.

Çalışmaya katılan kadınların sağlık okuryazarlığı seviyesi istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde erkeklerden düşük saptandı (Tablo 4.5) ve erkek cinsiyetin hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini arttıran bağımsız değişken olduğu belirlendi (Tablo 4.11). Literatürde benzer şekilde erkeklerin sağlık okuryazarlığı seviyesini kadınlardan daha yüksek bulan çalışmalar mevcuttur (Ahcioglu ve Yilmazel, 2022; Arriaga ve diğ., 2022; Beyoğlu, 2019; Cavanaugh ve diğ., 2010; Durmaz ve diğ., 2020; Durusu Tanrıöver ve diğ., 2014; Ilgaz, 2021, Ozdemir ve diğ., 2010). Kadınlardaki daha düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin kadının toplum içerisindeki yeri ve buna bağlı olarak genel okuryazarlık düzeyinin düşük olması ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Literatürde farklı olarak kadınların sağlık okuryazarlığı seviyesini erkeklerden daha yüksek bulan çalışmalar da mevcuttur (Güven, 2016; Kerkez, 2022;

Li ve diğ., 2021; Matsumoto ve Nakayama, 2017; Pala, 2023; Sorensen ve diğ., 2012; Uğurlu ve Akgün, 2019; Yeşildal ve D.Ş. Kaya, 2021; Z. Çimen ve Bayık Temel, 2017). Toplumsal rol gereği aile üyelerinin ve çocukların bakımının ve iyilik halinin sorumluluğunu alan kadınların sağlık hizmetlerini daha sık kullanmalarının gerekliliğinden erkeklere nazaran yüksek sağlık okuryazarlığına sahip oldukları düşünülmektedir. Bulun ve Yediyıldız'ın (2021) cerrahi hastaları ile Arat (2023) ve Yıldırak'ın (2023) ise kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmalarda cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı seviyesi arasında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılık saptanmamıştır. Çalışmalardaki farklılığın örneklem grubu ve kullanılan ölçekten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların çocuk sayısına göre sağlık okuryazarlığı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık saptandı. 4 ve üzerinde çocuğu olanların daha düşük düzey sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlendi (Tablo 4.5). Ilgaz'ın (2021) çalışmasında 3 ve 3'ten fazla çocuğu olanların sağlık okuryazarlığı anlamlı olacak biçimde daha düşük bulunmuştur. Simon'ın (2014) çalışmasında sahip olunan çocukla sağlık okuryazarlığı seviyesi ilişkisinin negatif olduğu belirlenmiştir. Yakar ve diğ.'nin (2019) çocuğu olmayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı şekilde çocuklu bireylerden fazla olduğu belirlenmiştir. M. Kaya'nın (2018) çalışmasında sağlık okuryazarlığı puanının çocuksuzlarda 3 ve 3'ten çok çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. Çocuğu olan hastaların daha fazla sorumluluklarının ve meşguliyetlerinin olması nedeniyle sağlık okuryazarlığı düzeylerinin olumsuz olarak etkilenebileceği düşünülmektedir. Farklı olarak Kerkez'in (2022) çalışmasında çocuksuzların genel sağlık okuryazarlığı düzeyi bir çocuk sahibi olanlara göre düşük bulunmuştur. Güven'in (2016) çalışmasında ise çocuk sayısı ile sağlık okuryazarlığı seviyesi arasında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılık saptanmamıştır.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyine göre sağlık okuryazarlığı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık saptandı. Eğitim seviyesi ilköğretim ve altındakilerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin diğerlerine nazaran düşük olduğu (Tablo 4.5) ve artan eğitim düzeyinin hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini arttıran bağımsız değişken olduğu belirlendi (Tablo 4.11). Literatür incelendiğinde benzer olarak pek çok çalışmada eğitim durumu yüksek olanların sağlık okuryazarlığı da yüksek bulunmuştur (Arat, 2023; Costa ve diğ., 2023; Duong ve diğ., 2019; Filiz, 2015; Ilgaz, 2021; Jeong ve H.K. Kim, 2016; Lanpher ve diğ., 2016; Li ve diğ., 2021; S. Gürses, 2023; Teleş, 2018; Üçpunar, 2014; Vandebosch ve diğ., 2016; Yeşildal ve D.Ş. Kaya, 2021). Yüksek eğitim düzeyinin sağlıkla ilgili bilgiye

erişme, bilgiyi kavrama, analiz etme ve kullanma becerisinin geliştirilmesi üzerinde olumlu etkisinin olduğu dolayısıyla sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırdığı düşünülmektedir. Farklı olarak Pala'nın (2023) koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmasında hastaların artan eğitim seviyesinin sağlık okuryazarlığı seviyesini azalttığı bulunmuştur. Kohan ve diğ.'nin (2007) annelerin sağlık okuryazarlığı ile doğum öncesi bakım ve gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında kadınların çoğunun lise ve üzerinde eğitim düzeyi olmasına rağmen sadece %18'inin sağlık okuryazarlığı düzeyi iyi bulunmuştur. Ahcioglu ve Yilmazel'in (2022) koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmasında ise eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığıyla bir ilişkisi bulunmamıştır. Çalışmalardaki farklılığın bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin eğitim düzeyi dışındaki faktörlerden de etkilenmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların sağlık durumunu değerlendirme düzeyine göre sağlık okuryazarlığı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık saptandı. Mevcut sağlığını orta olarak belirtenlerin çok iyi ve iyi olarak belirtenlere göre sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olduğu (Tablo 4.6) ve sağlığını iyi olarak belirtmenin hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini arttıran bağımsız değişken olduğu belirlendi (Tablo 4.11). Örsal ve diğ.'nin (2021) çalışmasında sağlık durumunu oldukça iyi/mükemmel diye belirtenlerin daha yüksek seviye sağlık okuryazarlığının olduğu, Kerkez'in (2022) çalışmasında sağlık durumlarını çok iyi olarak belirtenlerin daha yüksek seviye sağlık okuryazarlığının olduğu, Ilgaz'ın (2021) çalışmasında sağlık durumunu kötü olarak belirtenlerin daha düşük seviye sağlık okuryazarlığının olduğu, Alagöz Ekti'nin (2020) çalışmasında sağlığını iyi olarak belirtenlerde sağlık okuryazarlığı genel puanının en yüksek olduğu, Uğurlu ve Akgün'ün (2019) çalışmasında sağlığını kötü ve çok kötü diye belirtenlerin sağlık okuryazarlığı ölçek puanının daha düşük olduğu, yeterli sağlık okuryazarlığının M. Doğan ve Çetinkaya'nın (2019) çalışmasında sağlığını iyi olarak belirtenlerde daha yüksek olduğu, Z. Çimen ve Bayık Temel'in (2017) çalışmasında algılanan sağlık algısı düzeyi kötüleşen bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanlarının düştüğü belirlenmiştir. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. Sağlığını iyi ya da çok iyi diye belirten bireyin sağlığını koruma ve geliştirme çabasının sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırdığı düşünülmektedir. Farklı olarak Pala'nın (2023) koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmasında sağlık algısı kötü ve orta olan hastaların daha yüksek seviye sağlık okuryazarlığının olduğu belirlenmiştir. Yine Ahcioglu ve Yilmazel'in (2022) koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmasında da sağlığını iyi olarak belirten hastaların sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmalardaki farklılığın örneklem grubu ile ilişkili olabileceği bunun kronik hastalığından dolayı sağlığını

kötü değerlendiren hastaların bilgi arayışı içerisinde olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların sağlık algısı seviyesi istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde erkeklerden düşük saptandı (Tablo 4.7). Alagöz Ekti'nin (2022) çalışmasında erkeklerin SAÖ ortalama puanının kadınlardan daha yüksek olduğu, A. Yıldırım (2021), Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk (2020), Gür ve Sunal (2019) ve Badawi ve diğ.'nin (2012) yaptığı çalışmalarda da erkeklerin sağlık algısının kadınlara nazaran yüksek olduğu bulunmuştur. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. Kadınların toplum içerisindeki rolü ve buna bağlı artan iş yükü başta olmak üzere birçok faktörden psikolojisinin olumsuz etkilenmesi ve cinsiyete özgü biyolojik farklılıkların sağlık algısını azalttığı düşünülmektedir. Farklı olarak Pala (2023) ile Bademli ve Lök'ün (2018) çalışmalarında kadınların algılanan sağlık seviyesinin erkeklere kıyasla yüksek olduğu belirlenmiştir. Baydan (2022), Yalnızoğlu Çaka ve diğ. (2017) ve Khorshid ve Efteli'nin (2016) çalışmalarında ise cinsiyetin sağlık algısıyla anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır.

Çalışmaya katılanların çocuk sayısına göre sağlık algısı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık saptandı. 4 ve 4'ten çok çocukluların daha düşük sağlık algısının olduğu belirlendi (Tablo 4.7). Benzer şekilde Türe Yılmaz ve diğ.'nin (2018) çalışmasında SAÖ puan ortalamasını azaltan etkenlerden birinin artan çocuk sayısı olduğu saptanmıştır. Bu durumun ebeveynlerin kendisinden çok çocuklarının sağlığına önem vermesinin ve çocuk sahibi olmanın ebeveynlerin fizyolojik ve psikolojik sağlığına olan etkilerinin sağlık algısını kötü etkilemesi ile ilişkili olabileceği söylenebilir. Farklı olarak Kerkez (2022), Kolaç (2018) ve H. Gülmez'in (2013) çalışmalarında ise çocuk sayısı ile sağlık algısının istatistiki yönden anlamlı olacak şekilde bir ilişkisi saptanmamıştır.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyine göre sağlık algısı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık saptandı. Eğitim durumu üniversite olanların daha yüksek sağlık algısının olduğu belirlendi (Tablo 4.7). Baydan'ın (2022) çalışmasında üniversite ve üzeri eğitim düzeyi olan bireylerin SAÖ puanının daha yüksek olduğu, Kerkez'in (2022) çalışmasında yüksek lisans ve doktora mezunlarının sağlık algılarının lisans mezunlarından yüksek olduğu, Türe Yılmaz ve diğ. (2018) ve Kıraç'ın (2019) çalışmalarında artan eğitim seviyesinin sağlık algısını arttırdığı saptanmıştır. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. Bu durumun yüksek eğitim düzeyinin bireyin bilişsel, sosyal, ekonomik ve çevresel durumuna olan olumlu etkisinin sağlık algısını da olumlu etkilemesi ile ilişkili olabileceği söylenebilir. Farklı olarak S. Gürses'in (2023) çalışmasında okuryazar olan

bireylerin, Pala'nın (2023) çalışmasında ise okuryazar olmayan bireylerin eğitimi üniversite düzeyinde olanlara göre daha yüksek SAÖ puan ortalamasının olduğu belirlenmiştir. Yüksek eğitim düzeyine sahip olanların yüksek okuryazarlıkla edindiği bilgilerin sağlığına ilişkin kaygısını arttırarak sağlık algısını azalttığı söylenebilir. A.B. Kaya ve Kardeş Özdemir (2022), A. Yıldırım (2021), Karabal (2020) ve Gür ve Sunal'ın (2019) çalışmalarında ise eğitim durumunun sağlık algısıyla anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır.

Çalışmaya katılanlardan aktif olarak bir işte çalışanların sağlık algısı istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde çalışmayanlardan yüksek saptandı (Tablo 4.7). Furuya ve diğ.'nin (2015) çalışmasında sağlık algısının iyi olmasıyla istihdamın anlamlı bir ilişkisi olduğu, Gür ve Sunal'ın (2019) çalışmasında aktif meslek hayatı olan bireylerin emekli olanlara göre SAÖ'den aldıkları puan ortalamasının çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonuçları benzerdir. Çalışan bireylerin sosyal çevresinin geniş olmasından kaynaklı aldığı sosyal desteği sağlıkla ilgili fikir paylaşımlarının sağlık algısını iyi etkilediği düşünülmektedir. Farklı olarak Baydan (2022), Dülger ve Seven (2020), A. Yıldırım (2021) ve Türe Yılmaz ve diğ.'nin (2018) çalışmalarında çalışma durumunun sağlık algısıyla anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır.

Çalışmaya katılanların tanısına göre sağlık algısı düzeyinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık saptandı. İnguinal herni tanısı alan hastaların daha yüksek sağlık algısına sahip olduğu belirlendi (Tablo 4.8). Literatür incelemesinde hastalık tanısı ve sağlık algısı düzeyi ilişkisini ele alan bir çalışma olmadığı görülmüştür. İnguinal herninin erkeklerde daha sık görülmesi ve bu çalışmada erkeklerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha yüksek bulunmasının nedeni olarak, inguinal herninin alt karın bölgesinde üreme organına yakın olmasının birey tarafından cinsel sağlık ile ilişkilendirilerek daha çok önemsenmesi ve konu ile ilgili bilgi edinilmesinin sağlık algısını arttırmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanlardan önceden hastanede yatmış olan hastaların sağlık algısı istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde hastanede yatmamış olanlardan düşük saptandı (Tablo 4.8). Benzer şekilde Türe Yılmaz ve diğ.'nin (2018) çalışmasında önceden hastanede yatmamış olan hastaların SAÖ puanı 3 ve 3'ten çok hastanede yatmış olanlara göre yüksek bulunmuştur. Hastane yatışının gerekli olduğu bir sağlık sorununun olması ve her yatışta iyilik halinin olumsuz etkilendiği düşüncesinin hastaların sağlık algısını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların sağlık durumunu değerlendirme düzeyine göre sağlık algısında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık saptandı. Mevcut sağlığını orta olarak belirtenlerin çok iyi ve iyi olarak belirtenlere göre sağlık algısının daha düşük olduğu belirlendi

(Tablo 4.8). Kerkez'in (2022) çalışmasında da sağlığını orta olarak belirtenlerin iyi ve çok iyi olarak belirtenlere göre sağlık algısı düzeyinin daha düşük olduğu, Baydan'ın (2022) çalışmasında algılanan sağlık seviyesi iyi olanların SAÖ puanının diğerlerine göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Koç'un (2020) çalışmasında sağlığını kötü olarak belirten tarım işçilerinin orta ve iyi olarak belirtenlere göre SAÖ puan ortalaması düşük bulunmuştur. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. 'Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?' sorusu aynı zamanda sağlık algısını ölçen tek soruluk bir ölçek olduğundan soruya cevabı iyi ve çok iyi olan kişilerin sağlığı ile ilgili duygu, düşünce ve beklentilerinin olumlu olduğu yani iyi sağlık algısına sahip olduğu söylenebilir. Farklı olarak Pala (2023), S. Gürses (2023), Çilingir ve Aydın (2017) çalışmalarında sağlık durumunu orta veya kötü olarak belirtenlerin SAÖ toplam puan ortalamasının iyi olarak belirtenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmalardaki farklılıkların bireylerin sağlık tanımının birbirinden farklı olması veya sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin iyileştirmek için olumlu sağlık davranışı edinme çabasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların yaşının ameliyata özgü kaygı seviyesi ile ilişkisi istatistiki yönden anlamlı ve pozitif saptandı. Hastaların artan yaşının ameliyata özgü kaygı seviyesini de arttırdığı belirlendi (Tablo 4.9). Yurddaş (2022), Kapıkıran ve diğ. (2021), M. Kaya ve Karaman Özlü (2019) ve Çevik Acar ve Yıldız Fındık'ın (2015) çalışmalarında hastaların yaşları arttıkça cerrahi kaygı veya korkunun da arttığı belirlenmiştir. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. Yaşla birlikte artan kaygı düzeyinin bireylerin yaşlandıkça ölüm korkusunun artması ve ameliyat sonrası bakım ihtiyacının daha fazla olacağı düşüncesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Farklı olarak Akutay ve Ceyhan (2023), Sürme ve Ö. Çimen (2022), Celik ve Edipoglu (2018), Bağdigen (2016) ve Taşdemir ve diğ.'nin (2013) çalışmalarında yaşlı hastalarda cerrahi kaygı veya korkunun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerde dini inancın önem kazanmasıyla birlikte kadercı bakış açısının ve hastane ortamına olan aşinalığın kaygıyı azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Evkaya (2022), Bulut (2017) ve Orak ve diğ.'nin (2012) çalışmalarında ise yaş ile ameliyat kaygısı arasında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir ilişki saptanmamıştır. Bunun üzerine ameliyatın her yaştaki birey için bir kaygı kaynağı olduğu şeklinde yorum yapılabilir.

Çalışmaya katılan kadınların ameliyata özgü kaygı seviyesi istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde erkeklerden yüksek saptandı (Tablo 4.9). Literatürde çoğu çalışmada kadınların ameliyat kaygısının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bulut, 2017; Buonanno ve diğ., 2022; Celik ve Edipoglu, 2018; Demirel ve diğ., 2023; Gonçalves ve diğ., 2017; Jafar ve

Khan, 2009; L. Gürses ve E.R. Yılmaz, 2020; Sürme ve Ö. Çimen, 2022; Taşdemir ve diğ., 2013). Literatür ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. Kadınlarda ameliyat kaygısının daha yüksek olmasının onlardaki hormonal değişiklikler, aileden uzaklaşmanın etkisi, kadınların toplumsal role bağlı olarak iyileşme sürecinde çocuk ve diğer aile üyelerinin bakımı ile ilgili yaşadıkları kaygı ve erkeklere göre hislerini daha rahat dile getirmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Arslan'ın (2017) çalışmasında ise ameliyat kaygısının erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde cinsiyetle ameliyat kaygısı arasında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılığın saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur (Bulut, 2017; Evkaya, 2022; Işıklı ve diğ., 2023; Kapikiran ve Bulbuloglu, 2022).

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyine göre ameliyata özgü kaygı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık saptandı. Eğitim durumu üniversite olanların ameliyat kaygısının diğerlerinden düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.9). K. Güler (2022), Yurddaş (2022), Arık ve Dolgun (2019), Ralph ve Norris (2018), Bulut (2017) ve Çevik Acar ve Yıldız Fındık'ın (2015) çalışmalarında eğitim düzeyi yükseldikçe ameliyat kaygısının azaldığı belirlenmiştir. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. Eğitim düzeyi yüksek olanların ameliyat süreci ile ilgili edindiği bilginin bilinmezliği azaltmasının ve etkili baş etme stratejileri hakkında bilgilenmesinin kaygı düzeylerini azalttığı düşünülmektedir. Friedrich ve diğ.'nin (2022) çalışmasında bilgi ihtiyacı fazla olan hastaların ameliyat öncesi anksiyetesinin daha fazla olduğunu belirlenmesi de bunu destekler niteliktedir. Farklı olarak L. Gürses ve E.R. Yılmaz (2020), Celik ve Edipoglu (2018), Demir ve diğ. (2010), Aykent ve diğ. (2007) ve Ertuğrul'un (2007) çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olanların ameliyat kaygısının daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe ameliyat süreci ve anestezi ile ilgili yapılan araştırmanın yaşanabilecek olumsuz durumlar ile ilgili konularda da farkındalığı arttırmasının kaygı düzeyini arttırdığı düşünülmektedir. Literatürde eğitim durumu ile ameliyat kaygısı arasında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde farklılığın saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur (Bulun Yediyıldız, 2021; İnel, 2016; Şengül ve Güzel, 2024; Taşdemir ve diğ., 2013; Turhan ve diğ., 2012).

Çalışmaya katılanlardan önemli bir hastalık atlatan hastaların ameliyata özgü kaygı seviyesi istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde daha yüksek saptandı (Tablo 4.10). Literatür incelemesinde bunu ele alan bir çalışma olmadığı görülmüştür. Bu durumun hastaların ameliyat sürecinde yaşayabileceği bir sorunun daha önceki gibi mevcut sağlığını önemli derecede olumsuz etkileme ihtimali ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanlardan önceden hastanede yatmış olanların ameliyata özgü kaygı seviyesi istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde hastanede yatmamış olanlardan yüksek saptandı (Tablo 4.10). Aynı ölçeğin kullanıldığı Ertan'ın (2022) ve "Cerrahi Korku Ölçeği"nin kullanıldığı Kapıkıran ve diğ.'nin (2021) çalışmalarında hastanede yatma deneyimi olanların ölçek puanı istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Bahsedilen çalışmalar ile bu çalışmanın sonucu benzerdir. Hastaların daha önceki olumsuz hastane deneyimlerinin şimdiki kaygı düzeylerini arttırdığı düşünülmektedir. Yine "Cerrahi Korku Ölçeği"nin kullanıldığı M. Kaya ve Karaman Özlü'nün (2019) çalışmasında ise farklı olarak önceden hastanede yatmamış olan hastaların ölçek toplam puanı istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde hastanede yatmış olanlardan yüksek saptanmıştır. Literatürde hastaneye yatma deneyimi ile ameliyat kaygısı arasında istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde ilişkinin saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur (Ağuş, 2023; Cesur, 2015; Evkaya, 2022; K. Güler, 2022; T. Doğan, 2020).

Çalışmaya katılanların sağlığa dair bilgi edinme kaynağına göre ameliyata özgü kaygı seviyesinde istatistiki yönden anlamlı olacak biçimde bir farklılık saptandı. Sağlığa dair bilgileri internet veya sosyal medyadan edinen hastaların daha düşük seviye ameliyata özgü kaygısının olduğu (Tablo 4.10) ve sağlığa dair bilgileri televizyondan edinmenin ise ameliyata özgü kaygıyı arttıran bağımsız değişken olduğu belirlendi (Tablo 4.13). Literatür incelendiğinde bunu ele alan bir çalışma görülmemiştir. Sağlık programlarında toplumsal sağlık bilincini geliştirmek adına ilgi çekici olması için konuyla ilgili kaygı yaratacak bilgilere de yer verilmesinin hastaların kaygı düzeyini arttırdığı söylenebilir. Bu çalışmada sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynağına göre SOYÖ toplam puanlarına bakıldığında en yüksek puan internet veya sosyal medyayı kullanan hastalardadır. Bunun üzerine yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylerin internet veya sosyal medyadan edindiği bilgileri eleştirel olarak değerlendirip doğru yorumlamasının hastaların kaygı düzeyini azalttığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve kaygıya etkisini belirlemek için yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- Yaş ortalaması $51,48 \pm 12,97$ yıl olan hastaların %61,4'ünün kadın, %80,7'sinin evli, %86,2'sinin çocuk sahibi, %72,4'ünün çekirdek aileden olduğu, %60,7'sinin eğitim düzeyinin ilköğretim ve altında olduğu, %66,2'sinin aktif olarak bir işte çalışmadığı, %91,7'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %62,1'inin gelirinin giderine eşdeğer olduğu, %73,8'inin yaşamının büyük kısmını ilde geçirdiği (Tablo 4.1),
- Hastaların %79,3'ünün kolelitiazis tanısıyla yattığı, %44,8'inin fazla kilolu olduğu, %26,9'unun aktif olarak sigara kullandığı, %69,7'sinin kronik bir hastalığının olduğu, %53,8'inin devamlı ilaç kullandığı, %22,8'inin önemli bir hastalık atlattığı, %80,7'sinin önceden hastanede yattığı, %62,8'inin önceden ameliyat olduğu, %53,8'inin sağlığa dair bilgileri sağlık çalışanından aldığı, %29,7'sinin son 1 senede 3 ya da 4 sefer sağlık kurumuna başvurduğu, %27,6'sının hastalık halinde sağlık kurumuna başvurduğu, %50,3'ünün yaşam kalitesini, %51,7'sinin aldığı sağlık hizmetini ve %53,1'inin sağlığını iyi olarak belirttiği (Tablo 4.2),
- Hastaların SOYÖ toplam puan ortalaması $102,48 \pm 15,21$ iken madde puan ortalamasına göre alt boyutlarda en yüksek puanın uygulamada en düşük ise bilgileri anlamada olduğu; SAÖ toplam puan ortalaması $50,08 \pm 7,40$ iken madde puan ortalamasına göre alt boyutlarda en yüksek puanın sağlığın öneminde en düşük ise kesinlikte olduğu; AÖKÖ toplam puan ortalamasının $25,77 \pm 7,48$ olduğu (Tablo 4.3),
- Hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesi arttıkça sağlık algısının da arttığı; sağlık okuryazarlığı seviyesi ve sağlık algısı arttıkça ameliyata özgü kaygı seviyesinin azaldığı (Tablo 4.4),
- Hastaların yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyesinin azaldığı; kadınların erkeklerden, 4 ve 4'ten çok çocukluların çocuksuzlardan, ilköğretim ve altı eğitim düzeyindekilerin diğerlerinden daha düşük seviye sağlık okuryazarlığına sahip olduğu (Tablo 4.5),

- Mevcut sağlığını orta olarak belirtenlerin çok iyi ve iyi olarak belirtenlere göre daha düşük seviye sağlık okuryazarlığına sahip olduğu (Tablo 4.6),
- Kadınlar ile 4 ve 4'ten çok çocukluların daha düşük; aktif olarak bir işte çalışanlar ile eğitim durumu niversite olanların daha yüksek seviyede sağlık algısının olduğu (Tablo 4.7),
- İnguinal herni hastalarının daha yüksek; önceden hastanede yatanların yatmayanlara göre ve mevcut sağlığını orta olarak belirtenlerin çok iyi ve iyi olarak belirtenlere göre daha düşük seviye sağlık algısının olduğu (Tablo 4.8),
- Hastalarda artan yaşın ameliyata zđ kaygı seviyesini arttırdığı; kadınların erkeklere nazaran yüksek seviye ameliyat kaygısına sahip olduğu ve eğitim durumu niversite olanların daha düşük seviye ameliyat kaygısına sahip olduğu (Tablo 4.9),
- nemli bir hastalık atlatan ve önceden hastanede yatanların daha yüksek seviye ameliyat kaygısına sahip olduğu; sağlığa dair bilgileri internet veya sosyal medyadan edinilenlerin daha düşük seviye ameliyat kaygısına sahip olduğu (Tablo 4.10),
- Erkek cinsiyetin, artan eğitim düzeyinin ve sağlık durumunu iyi olarak değerlendirmenin hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesini arttıran bağımsız değişkenler olduğu (Tablo 4.11),
- Artan sağlık okuryazarlık seviyesinin sağlık algısını arttırdığı; artan ameliyata zđ kaygı seviyesinin ise sağlık algısını azalttığı (Tablo 4.12),
- Artan sağlık algısının hastaların ameliyata zđ kaygı seviyesini azaltan; sağlığa dair bilgileri televizyondan edinmenin ise hastaların ameliyata zđ kaygı seviyesini arttıran bağımsız değişkenler olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

Çalışmanın sonuçlarına bağlı olarak;

- Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçülmesi ve bunu etkileyen bireysel ve toplumsal etkenlerin belirlenerek multidisipliner çalışmaların yapılması,
- Sağlıkla ilgili bilgilerin en çok sağlık çalışanından edinildiği göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığını artırmak üzere hemşirelerin hem danışmanlık hem de eğitici rollerinin geliştirilmesi,
- Sağlık okuryazarlığının artırılmasında eğitim için görsel ve yazılı materyallerin hazırlanması ve kitle iletişim araçlarının kullanılması,

- 3rneklem grubunun genişletilerek ele alınan konuya ilişkin çalışma sayısının artırılması 3nerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Abacıgil, F., Gürsoy Turan, S., Adana, F., Okyay, P., Demirci, B. (2019). Rational use of drugs among inpatients and its association with health literacy. *Meandros Medical and Dental Journal*, 20(1), 64-73.
- Abacıgil, F., Harlak, H., Okyay, P. (2016). *Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)*. İçinde: Okyay, P., Abacıgil, F. (Ed.), Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 21-42.
- Abate, S.M., Chekol, Y.A., Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *IJS Open*, 25, 6-16.
- Açıksöz, S., Uzun, Ş., Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3), 181-187.
- Ağuş, Y. (2023). *Tiroid cerrahisi uygulanacak olan hastalarda müziğin cerrahi korku ve kaygı üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ahcioglu, A., Yilmazel, G. (2022). Health literacy, behavioral and psychosocial characteristics in coronary artery patients: A hospital-based study in Turkey. *Journal of Acute Disease*, 11(1), 18-25.
- 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), 354-355.
- Akça, A. Ayaz Alkaya, S. (2021). Okul çağı döneminde sağlık okuryazarlığı ve okul sağlığı hemşiresinin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(3), 328-334.
- Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., Akbaş, M. (2020). Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 630-642.
- Akgün Toprak, C. (2019). *Safra yolları ve pankreatik kanal varyasyonlarının toplumdaki insidansı ile safra kesesi ve pankreas enflamasyonu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Aksoy, G. (2017). *Safra kesesi ve safra yollarının cerrahi hastalıkları ve bakımı*. İçinde: Aksoy, G., Akyolcu, N., Kanan, N. (Ed.), Cerrahi Hemşireliği II. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 280-294.
- Aksoy, G. (2020). *Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı*. İçinde: Aksoy, G., Akyolcu, N., Kanan, N. (Ed.), Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 257-297.
- Aktaş, H. (2018). Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; Sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 12-16.
- Akutay, S., Ceyhan, Ö. (2023). The relationship between fear of surgery and affecting factors in surgical patients. *Perioperative Medicine*, 12(1), 22.
- Akyüz, N., Çavdar, İ., (2017). *Sindirim sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı*. İçinde: Aksoy, G., Akyolcu, N., Kanan, N. (Ed.), Cerrahi Hemşireliği II. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 228-232.
- Akyüz, İ. (2012). *Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki ilişkinin saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Al, E. (2021). *Ankara İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Alacadağ, M. (2016). *Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri ve bilgi gereksinimleri*, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Alagöz Ekti, Z. (2020). *Aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık taramaları ve sağlık algısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Alanazi, A.A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs*, 23(7), 387-393.
- Aras, Z., Bayık Temel, A. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Dergisi*, 25(2), 85-94.
- Arat, G. (2023). *Kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve evsel ilaç atık farkındalık düzeyinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sinop Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Arık, E., Dolgun, H. (2019). Genel anestezi altında cerrahi girişim planlanan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin anksiyete üzerine etkisi. *Anestezi Dergisi*, 27(1), 22-29.
- Arıkan, Y., Özkeçeci, T. (2012). İnsizyonel herni tedavisinde intraperitoneal dual mesh kullanımının değerlendirilmesi. *Cerrahi Sanatlar Dergisi*, 5(2), 25-30.

- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sorensen, K., Dietscher, C., Costa, A. (2022). Health literacy in Portugal: Results of the health literacy population survey project 2019-2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4225.
- Arslan, S., Taylan, S., Deniz, S. (2017). Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 17-21.
- Aslantekin, F., Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327-334.
- Ata, A. (2020). *Elli yaş ve üzeri bireylerde kolorektal kanser tarama davranışları ve sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Atmaca Çetin, T. (2016). *Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların nöbet öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aygun, O., Cerim, S. (2021). The relationship between general health behaviors and general health literacy levels in the Turkish population. *Health Promotion International*, 36(5), 1275-1289.
- Aykas, A., Karasu, Z. (2018). Güncel bilgiler eşliğinde kolelitiazis tedavisinde laparoskopik ve açık kolesistektomi karşılaştırılması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(2), 51-53.
- Aykent, R., Kocamanoglu, İ., Üstün, E., Tür, A., Şahinoglu, H. (2007). The reasons and evaluation of preoperative anxiety: A comparison of APAIS and STAI scores. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim*, 5(1), 7.
- Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., Prencipe, G. P., Massimi, A., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., Romano, F. (2021). What is the prevalence of low health literacy in European Union member states? A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 36(3), 753-761.
- Badawi, G., Gariépy, G., Pagé, V., Schmitz, N. (2012). Indicators of self-rated health in the Canadian population with diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 29(8), 1021-1028.
- Bademli, K., Lök, N. (2018). Relationship between the health perception and physical activity of individuals. *Türk Spor ve Egzersiz Dergisi*, 20(3), 127-131.
- Bağdigen, M. (2016). *Cerrahi Korku Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması ve sosyal destek algısı ile ilişkisinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bakan, A.B., Yıldız, M. (2019). 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 33-40.

- Baron, T.H., Grimm, I.S., Swanstrom, L.L. (2015). Interventional approaches to gallbladder disease. *The New England Journal of Medicine*, 373(4), 357-365.
- Barrett, S.E., Puryear, J.S. (2006). Health literacy: Improving quality of care in primary care settings. *Journal of Health Care for The Poor and Underserved*, 17(4), 690-697.
- Başar, S.N. (2020). *Laparoskopik kolesistektomide erken mobilizasyonun hastanın karın ağrısı ve konfor düzeyine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Baydan, T. (2022). *Balıkesir kent merkezinde bir bölgede yaşayan yetişkinlerde saülık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutum, saülık algısı ve ilişkili faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci, M.B., Ekerbiçer, H.Ç. (2018). Bir aile saülığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki saülık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 575-581.
- Beyoğlu, M.M. (2019). *Diyabetes mellitus veya hipertansiyonu olan yetişkin bireylerde saülık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Biçersoy, G. (2015). *Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Buhr, E., Ewers, M., Tannen, A. (2020). Potentials of school nursing for strengthening the health literacy of children, parents and teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2577.
- Bulun Yedyıldız, M. (2021). *Preoperatif hasta anksiyete düzeyleri ile saülık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi MERAM Tıp Fakültesi.
- Bulut, Ş. (2017). *Cerrahi operasyon geçirecek hastaların ameliyata özgü kaygılarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Buonanno, P., Marra, A., Iacovazzo, C., Vargas, M., Nappi, S., de Siena, A.U., Servillo, G. (2022). Preoperative anxiety during COVID-19 pandemic: A single-center observational study and comparison with a historical cohort. *Front Med (Lausanne)*, 9, 1062381.
- Campanelli, G., Bruni, P.G., Morlacchi, A., Lombardo, F., Cavalli, M. (2018). *History and evolution of hernia surgery*. In: Campanelli, G. (Ed.), *The Art of Hernia Surgery*. Springer International Publishing, 3-6.
- Cavanaugh, K.L, Wingard, R.L, Hakim, R.M, Eden, S., Shintani, A., Wallston, K.A., Huizinga, M.M., Elasy, T.A., Rothman, R.L., Ikizler, T.A. (2010). Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. *J Am Soc Nephrol*, 21(11), 1979-1985.

- Celik, F., Edipoglu, I.S. (2018). Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *Eur J Med Res*, 23(1), 41.
- Cesur, S. (2015). *Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Cimili, C. (2001). Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 182-186.
- Costa, A., Feteira-Santos, R., Alarcão, V., Henriques, A., Madeira, T., Virgolino, A., Arriaga, M., Nogueira, P.J. (2023). Health Literacy among Older Adults in Portugal and Associated Sociodemographic, Health and Healthcare-Related Factors. *Int J Environ Res Public Health*, 20(5), 4172.
- Cüçük, Ö.C. (2017). *Laparoskopik kasık fıtığı tamirinde kendiliğinden tespit olan yamalarla tespit materyali gerektiren yamaların kullanımının klinik sonuçlarının karşılaştırılması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Çankaya, A. (2018). *Laparoskopik kolesistektomi sonrası klasik ayak masajının yaşam bulguları, ağrı ve bulantı-kusma üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çelik, G.G., Eşer, İ. (2017). Effect of touching on anxiety and practice skill of nursing students during intravenous catheterization skill training. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 1820-1830.
- 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.
- Çevik Acar, E., Yıldız Fındık, Ü. (2015). Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 268-273.
- Çilingir, D., Aydın, A. (2017). Department of nursing students' perception of health. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 25(3), 167-176.
- Çimen, Z. (2015). *Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çimen, Z., Bayık Temel, A. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Çoban, C. (2020). *Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Dalbaşı, E., Tüzün, A. (2020). Akut biliyer pankreatit ve ERCP sonrası erken laparoskopik kolesistektomi tek merkez sonuçlarımız. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 9(1), 160-165.
- Demir, A., Akyurt, D., Ergün, B., Haytural, C., Yiğit, T., Taşoğlu, İ., Elhan, A.H., Erdemli, Ö. (2010). Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(3), 177-182.
- Demircioğlu, S. (2018). *Laparoskopik intraperitoneal onlay mesh tekniği ile opere edilen kasık fıtığı hastalarının yaşam kalitesi ve postoperatif komplikasyonlar yönünden değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Demirel, A., Balkaya, A.N, Onur, T., Karaca, Ü., Onur, A. (2023). The effect of health literacy on preoperative anxiety levels in patients undergoing elective surgery. *Patient prefer Adherence*, 17, 1949-1961.
- Demirkol, M.K., Tarhan, F., Yazıcı, Z., Hamarat, B., Kafkaslı, A. (2019). Evaluation of preoperative anxiety level of urological surgery patients and the effects of surgical informing. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 30(4), 337-342.
- Doğan, M., Çetinkaya, F. (2019). Akademisyenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin olumlu sağlık davranışlarıyla ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(3), 135-141.
- Doğan, T. (2020). *Kalp kapağı ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Doğan Kırtıloğlu, H. (2023). *Laparoskopik kolesistektomi sonrası uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı, bulantı ve kusma üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Doğanay, S., Uçku, Ş.R. (2012). Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp hastalığı ve ölümleri belirler mi? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(4), 396-402.
- Duman, E.A. (2016). *Açık kalp cerrahisi öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı ve uyku kalitesine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Duong, T.V, Nguyen, T.T.P., Pham, K.M., Nguyen, K.T., Giap, M.H., Tran, T.D.X., Nguyen, C.X., Yang, S.H., Su, C.T. (2019). Validation of the Short-Form Health Literacy Questionnaire (HLS-SF12) and its determinants among people living in rural areas in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*, 16(18), 3346.
- Duran, M.K. (2021). *Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalara yapılan omuz masajının omuz ağrısı ve uyku kalitesine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Durmaz, S., Sürücü, E., Özvurmaz, S. (2020). Mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Medical Sciences*, 15(3), 81-91.

- Dursun, S.İ., Vural, B., Keskin, B., Kaçar, H.K., Beyhan, H., Kadioğlu, H. (2019). Yetişkinlerde geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 1-10.
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, N., Çakır, B., Akalın, E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Dülger, H., Seven, A. (2020). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık algı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: kesitsel bir çalışma. *EJONS International Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences*, 14, 254-265.
- Efe, E., Kütükçü, D., Türkdoğan, M.K. (2021). Safra taşı hastalığında tıbbi beslenme tedavisi: Geleneksel derleme. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi*, 6(3), 124-127.
- Emre, Ş., Topuzlu Tekant, G., Şenyüz, O.F. (2016). Laparoskopik kolesistektomi. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, 30(3), 197-202.
- Erdoğan, Ö. N., Araman, A.O. (2017). Health beliefs and functional health literacy; Interaction with the pharmaceutical services. *İstanbul Journal of Pharmacy*, 47(2), 68-71.
- Ertan, G. (2022). *Lomber disk herni ameliyatı olacak hastalarda kaygı, algılanan stres ve Covid19 korkusunun ameliyat sonrası ağrı düzeyine etkisinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ertuğrul, B. (2007). *Genel cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete durumu ve anksiyeteye yaklaşım*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Evkaya, N. (2022). *Hastalarda ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Fagiri, M.A., Başak, T.İ., Nergiz, S. (2021). Assessment of risk factors and complications of laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Healthcare in Developing Countries*, 1(1), 8-10.
- Ferreira, H., Ferreira, C. (2015). *Equipment in laparoscopic surgery*. In: Agarwal, M., Mettler, I., Alkatout, I. (Eds.), *A Manual of Minimally Invasive Gynecological Surgery*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 3-12.
- Friedrich, S., Reis, S., Meybohm, P., Kranke, P. (2022). Preoperative anxiety. *Curr Opin Anaesthesiol*, 35(6), 674-678.
- Filiz, E. (2015). *Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi*, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Filiz, E., Bodur, S. (2022). Gebe ve gebe olmayan kadınlarda sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisinin değerlendirilmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(1), 1-17.

- Fritsch, H., Kuehnel, W. (2013). Sindirim Sistemi. İçinde: Color Atlas of Human Anatomy/Internal Organs (İnsan Anatomisi Renkli Atlas ve Temel Kitabı/İç Organlar). Çev: Kopuz, C., Cilt 2, 5.baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 218. (Orijinal yayım tarihi 2007).
- Furuya, Y., Kondo, N., Yamagata, Z., Hashimoto, H. (2015). Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promot Int*, 30(3), 505-513.
- Gonçalves, M.A.R., Cerejo, M.D.N.R., Martins, J.C.A. (2017) The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14),17–26.
- Gök, F., Kabu Hergül, F. (2020). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 195-206.
- Göral, V. (2015). Safra taşı etyopatogenezi, LITH ve MUCIN genleri ve tedavi. *Güncel Gastroenteroloji*, 19(4), 285-294.
- Gözlü, K. (2020). Sağlığın sosyal bir belirleyicisi: Sağlık okuryazarlığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 137-44.
- Gutt, C., Schläfer, S., Lammert, F. (2020). The treatment of gallstone disease. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(9), 148-158.
- Gül, E. (2018). *Yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Güler, K. (2022). *Ameliyat öncesi dönemdeki hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin kaygı ve Covid-19 korkusu üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Güler, S. (2022). *Laparoskopik kolesistektomi cerrahisi uygulanan hastalara ılık su içirmenin gastrointestinal sistem fonksiyonlarına etkisinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Güllü, F.N. (2023). *Öğretmenlerin human papilloma virüs enfeksiyonuna ilişkin bilgi düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gülmez, H. (2013). Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(4), 74-82.
- Gülmez, R.M. (2021). *Farklı teknikle kasık fıtığı onarımı yapılan hastalarda fıtıklara özgü yaşam kalitesi değerlendirme anketi (hernia specific quality of life assessment instrument) için Türkçe validasyonu ve kısa form-36 anketi değerlendirmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Gümüs, K. (2021). The effects of preoperative and postoperative anxiety on the quality of recovery in patients undergoing abdominal Surgery. *J Perianesth Nurs*, 36(2), 174-178.
- Gür, G., Sunal, N. (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219.
- Gürses, L., Yılmaz, E.R. (2020). Beyin cerrahi servisinde spinal travma tanısı ile yatan hastalarda anksiyete düzeyleri ve hasta iyileşmesi üzerine etkileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 73(1), 53-59.
- Gürses, S. (2023). *Yetişkin bireylerde (18-64 yaş arası) sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Güven, A. (2016). *Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hahn, E.A., Magasi, S.R., Carlozzi, N.E., Tulsy, D.S., Wong, A., Garcia, S.F., Lai, J.S., Hammel, J., Miskovic, A., Jerousek, S., Goldsmith, A., Nitsch, K., Heinemann, A.W. (2017). Health and functional literacy in physical rehabilitation patients. *Health Literacy Research and Practice*, 1(2), 71-85.
- Hughes, F. (2016). Health literacy: A key educational role for nurses and a vital tool for improving health. *International Nursing Review*, 63(3), 304-305.
- İlgaz, A. (2021). Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159.
- Işıklı, A.G., Özkan, Z.K., Buberka, Z. (2023). The fear of surgery and coronavirus in patients who will undergo a surgical intervention. *J Perianesth Nurs*, 38(1), 134-138.
- İnel, M. (2016). *Omurilik cerrahisi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi*, Yüksek lisans tezi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Jafar, M.F., Khan, F.A. (2009). Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 59(6), 359-363.
- Jeong, S.H., Kim, H.K. (2016). Health literacy and barriers to health information seeking: A nationwide survey in South Korea. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1880-1887.
- Kadioğlu, H., Yıldız, A. (2012). Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47-53.
- Kandemir, H. (2023). *Kasık fıtığı hastalarında rasyon/strangülasyon risk faktörleri: Prospektif gözlemsel klinik çalışma*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Kanj, M., Mitic, W. (2009). *Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region*. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, 26-30 October, Nairobi.
- Kapıkıran, G., Demir, B., Bülbüloğlu, S., Sarıtaş, S. (2021). The effect of spiritual well-being on surgical fear in patients scheduled to have abdominal surgery. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 6, 229–238.
- Kapıkıran, G, Bulbuloglu, S. (2022). The effect of perceived social support on psychological resilience and surgical fear in surgical oncology patients. *Psychology, Health & Medicine*, 1-11.
- Karabal, N. (2020). *Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerde Sağlık Algısı ile Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Karakoyunlu Şen, S., Kılıç Öztürk, Y. (2020). The relationship between health perception and cancer screening awareness. *Türk Aile Hek Derg*, 24(4), 175-183.
- Karanci, A.N., Dirik, G. (2003). Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 363– 369.
- Karaveli Çakır, S., Demiryürek, S.O., Çelik Demiryürek, S. (2024). Ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin ameliyat sonrası uyku kalitesi ve konfor düzeyi üzerine etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(1), 42-50.
- Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y.A., Yılmaz, T.T., Öngel, K. (2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1, 22-26.
- Kartopu, S., (2012). Lise öğrenci ve öğretmenlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi (Kahramanmaraş örneği), *Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(2), 147-170.
- Kaya, A.B., Kardeş Özdemir, F. (2022). Ebeveynlerin sağlık algısı ve akılcı ilaç kullanım tutumları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 229-246.
- Kaya, E., Karaca Sivrikaya, S. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- Kaya, M. (2018). *Kişilerin sağlık okuryazarlıkları ve sağlık hizmeti kullanımlarının değerlendirilmesi; Kırıkkale örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kaya, M., Karaman Özlü, Z. (2019). Elektif cerrahi bekleyen hastalarda cerrahi korkunun sosyal destek algısı ile ilişkisinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4), 284-293.

- Kendir Çopurlar, C., Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 42-47.
- Kerkez, N. (2022). *Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkisinin incelenmesi: Bir kamu üniversitesi örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Khorshid, L., Efteli, E. (2016). İki farklı bölüm öğrencilerinin sağlık algılarının karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 1-10.
- Kıraç, R. (2019). *Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: yapısal eşitlik modellemesine dayalı bir çalışma*, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kızıl Toğaç, H. (2018). *Laparoskopik kolesistektomi yapılacak hastalarda gereksinimlere göre verilen eğitimin ameliyat sonrası anksiyete ve konfora etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kim, S.S., Donahue, T.R. (2018). Laparoscopic cholecystectomy. *Journal of the American Medical Association*, 319(17), 1834.
- Koç, N. (2020). *Tarım işçilerinin yaşam koşulları, sağlık Algısı, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ilişkili faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kohan, S., Ghasemi, S., Dodangeh, M. (2007). Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 12(4), 146-152.
- Kolaç, N., Sezer Balcı, A., Şişman, F.N., Ataçer, B.E., Dinçer, S. (2018). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 267-274.
- Köylü, H. (2017). *Sindirim sistemi. İçinde: Sağlık Bilimleri için Temel Fizyoloji*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 267-270.
- Kuloğlu, Y., Uslu, K. (2022). Geleceğin sağlık çalışanlarında sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(1), 255- 277.
- Kurtoğlu, Ş.K. (2011). *Kasık fıtığı onarımında laparoskopik total ekstraperitoneal inguinal herniorafi ile açık inguinal herniorafi uygulamalarının prospektif randomize karşılaştırılması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kutner, M.A., Greenburg, E., Jin, Y., Paulsen, C.A. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy*. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics.
- Lan, L., Zhu, X., Ye, B., Jiang, H., Huang, Y. (2022). Effects of individualized nursing based on zero defect theory on perioperative patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Disease Markers*.

- Lanpher, M.G, Askew, S., Bennett, G.G. (2016). Health literacy and weight whange in a digital health intervention for women: A randomized controlled trial in primary care practice. *J Health Commun*, 21(1), 34-42.
- Li, Z., Tian, Y., Gong, Z., Qian, L. (2021). Health literacy and regional heterogeneities in China: A population-based study. *Frontiers in Public Health*, 9(603325).
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2), 1-8.
- Loan, L.A., Parnell, T.A., Stichler, J.F., Boyle, D.K., Allen, P., VanFosson, C.A., Barton, A.J. (2018). Call for action: Nurses must play a critical role to enhance health literacy. *Nurs Outlook*, 66(1), 97-100.
- Macabasco-O'Connell, A., Fry-Bowers, E.K. (2011). Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of Health Communication*, 730(16), 295-307.
- Manav, F. (2011). Kaygı kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201-211.
- Matsumoto, M., Nakayama, K. (2017). Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. *BMC Public Health*, 17(30), 1-11.
- Mayer, G., Villaire, M. (2011). Health literacy: An opportunity for nurses to lead by example. *Nurs Outlook*, 59(2), 59-60.
- Menevşe, Ş. (2022). *Laparoskopik kolesistektomi öncesi hastalara uygulanan Duygusal Özgürleşme Tekniği'nin cerrahi korku ve kaygıya Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Morris, N.S, Maclean, C.D, Littenberg, B. (2013). Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *Diabetes Educ*, 39(5), 638-646.
- Njeze, G.E. (2013). Gallstones. *Nigerian Journal of Surgery*, 19(2), 49-55.
- Noble, F., Johnson, C. (2015). Gallstones. *Medicine*, 43(11), 689-693.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Okçul, İ. (2022). *Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyonun ağrı ve iyileşme kalitesine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

- Okyay, P., Abacıgil, F., Harlak, H. (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)*. İçinde: Okyay, P., Abacıgil, F. (Ed.), *Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 43-61.
- Onbaşıoğlu, H. (2023). *Açık Kalp Cerrahisi Planlanan Hastaların Hastalık Algılarının Ameliyata Özgü Kaygı Düzeylerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Orak, O.S., Uncu, A., Kılınçaslan, B., Sağır, Z. (2012). Ameliyat Öncesi Dönemde Hastaların Anksiyete Düzeylerinin ve Anksiyete Düzeylerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi, II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşirelik Kongresi.
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Ozen, N., Bal Ozkaptan, B., Coskun, S., Terzioglu, F. (2019). Health literacy of nursing students and its effective factors. *In Nursing Forum*, 54(3), 396-402.
- Öberg, S., Andresen, K., Rosenberg, J. (2017). Etiology of inguinal hernias: A comprehensive review. *Frontiers Surgery*, 4(52).
- Önsüz, M.F. (2017). Sağlık okuryazarlığı ve medya. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2(2), 46-53.
- Örsal, Ö., Duru, P., Örsal, Ö., Tirpan, K., Çulhaci, A. (2021). Evaluation of the factors affecting the health literacy levels of patients admitted to family health centers. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23(3), 330–336.
- Özdelikara, A., Ağaçdiken Alkan S., Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275-282.
- Özdemir, S., Akça, H.Ş., Algın, A., Kokulu, K. (2020). Health literacy in the emergency department: A cross-sectional descriptive study. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 94-97.
- Özkan, S., Tüzün, H., Dikmen, A.U., Aksakal, N.B., Çalışkan, D., Taşçı, Ö., Güneş, S.C. (2021). The relationship between health literacy level and media used as a source of health-related information. *Health Literacy Research and Practice*, 5(2), 109-117.
- Özkaya, G. (2020). *Kasık fitiklarında laparoskopik yöntemler ve sonuçları*, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- Özpuolat, F. (2010). Sağlıkın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: Eğitici kimliği, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 293-297.
- Pala, B. (2023). *Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Palumbo, R. (2017). Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Services Management Research*, 30(4), 197-212.
- Peiravian, F., Rasekh, H.R., Hashemi, H.J., Mohammadi, N., Jafari, N., Fardi, K. (2014). Drug literacy in Iran: The experience of using “the single item health literacy screening (SILS) tool”. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 13, 217-224.
- Radunovic, M., Lazovic, R., Popovic, N., Magdelinic, M., Bulajic, M., Radunovic, L., Vukovic, M., Radunovic, M. (2016). Complications of laparoscopic cholecystectomy: Our experience from a retrospective analysis. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 4(4), 641-646.
- Ralph, N., Norris, P. (2018). Current opinion about surgery-related fear and anxiety. *Journal of Perioperative Nursing*, 31(4), 3-6.
- Robinson, A., Light, D., Kasim, A., Colin, N. (2013). A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. *Surgical Endoscopy*, 27(1), 11-18.
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg Peterson, S., Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78.
- Say Şahin, D., Özer, Ö., Songur, C. (2018). Effect of health literacy on health perception: An application in individuals at age 65 and older. *Soc Work Public Health*, 33(2), 85-95.
- Selçok, Ş. (2023). *Diyabeti olan kolesistitli/kolelitiiazisli hastaların beslenme davranışları ve diyabet özyönetimlerinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Sentell, T., Zhang W., Davis, J., Baker, K.K., Braun, K.L. (2013). The influence of community and individual health literacy on self-reported health status. *Journal of General Internal Medicine*, 29(2), 298–304.
- Sertelli, B. (2013). *Laparoskopik kolesistektomi olan hastaların taburculuklarında gereken bilgilerin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sezer, A., Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 165-170.
- Shian, B. Larson, S.T. (2018). Abdominal wall pain: Clinical evaluation, differential diagnosis, and treatment. *Am Fam Physician*, 98(7), 429-436.
- Simon, M.A., Li, Y., Dong, X. (2014). Levels of health literacy in a community-dwelling population of Chinese older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 69(2), 54-60.
- Sonkar, M., Somvanshi, V. (2021). Assessment of complications of laparoscopic cholecystectomy. *International Journal of Health and Clinical Research*, 4(12), 113-115.

- Sorensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van den Broucke, S., Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- Stamenkovic, D.M., Rancic, N.K., Latas, M.B., Neskovic, V., Rondovic, G.M., Wu, J.D., Cattano, D. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: What can we do to change our history. *Minerva Anestesiol*, 84(11), 1307-1317.
- Stinton, L.M, Shaffer, E.A. (2012). Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut and Liver*, 6(2), 172-187.
- Sürme, Y., Çimen, Ö. (2022). Preoperative surgical fear and related factors of patients undergoing brain tumor surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 37(6), 934–938.
- Şengül, A., Güzel, Ş. (2024). Anestezi polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin cerrahi anksiyete üzerine etkisi: Özel hastane örneği. *Journal of Academic Value Studies*, 10(1), 31-48.
- Targan, F. (2019). *Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların bilgi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Taş, T., Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.
- Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M.N., Çertuğ, A. (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*, 41, 44-49.
- Tazuma, S., Unno, M., Igarashi, Y., Inui, K., Uchiyama, K., Kai, M., Tsuyuguchi, T., Maguchi, H., Mori, T., Yamaguchi, K., Ryozaawa, S., Nimura, Y., Fujita, N., Kubota, K., Shoda, J., Tabata, M., Mine, T., Sugano, K., Watanabe, M., Shimosegawa, T. (2017). Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis 2016. *Journal of Gastroenterology*, 52(3), 276-300.
- Teleş, M. (2018). *Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri ve hasta sonuçlarına etkisi: Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde bir araştırma*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tuğut, N., Yılmaz, A., Yeşildağ Çelik, B. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 120-128.

- Turhan, Y., Avcı, R., Özcengiz, D. (2012). Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*, 20(1), 27-33.
- Türe Yılmaz, A., Çulha, İ., Kersu, Ö., Gümüş, D., Ünsal, A., Köşgeroğlu, N. (2018). Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler. *The Journal of Academic Social Science*, 68 (7), 89-99.
- Türk Dil Kurumu. (t.y.). Kaygı. İçinde *Güncel Türkçe sözlük*. Erişim tarihi: Nisan 11, 2024, <https://sozluk.gov.tr/?ara=Kaygi>
- Torres, R., Nichols, J. (2014). Health literacy knowledge and experiences of associate degree nursing students: A pedagogical study. *Teaching and Learning in Nursing*, 9(2), 84-92.
- Uğurlu, Z., Akgün, H.S. (2019). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 96-106.
- Urcanoğlu, Ö. (2017). *Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda sakız çiğnemenin bağırsak motilitesine, erken mobilizasyona, ameliyat sonrası ağrıya ve erken taburculuğa etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Uyanıkoğlu, A., Keşkuş, İ. (2013). Kolesistolityazis, kolesistektomi ve kolesistektominin komplikasyonları. *Güncel Gastroenteroloji*, 17(3), 252-254.
- Uysal, N., Yıldız, G. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 43-48.
- Üçok, K., Mollaoğlu, H., Genç, A., Akkaya, M., Şener, Ü. (2010). Safra sistemi fizyolojisi. *Cerrahi Sanatlar Dergisi*, 3(1), 1-8.
- Üçpunar, E. (2014). *Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı uyarılma çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ülker, S. (2010). *Hastanelerde genel cerrahi bölümlerinde yapılan ameliyatların tıbbi analizi ve Üsküdar Devlet Hastanesi'nde bir uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*, 70(10), 1032-1038.
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Kanter, E., Buller, H. (2018). Health literacy: Exploring nursing challenges to providing support and understanding. *Clin J Oncol Nurs*, 22(1), 53-61.
- Yakar, B., Gömleksiz, M., Pirinççi, E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med*, 8(1), 27-35.

- Yalçın, B. (2020). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisi: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 23-33.
- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.
- Yalnızoğlu Çaka, S., Topal, S., Karakaya Suzan, Ö., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal Human Rhythm*, 3(4), 198-203.
- Yavuzarslan, A.B. (2017). *Kasık fıtığı ameliyatlarında TAPP (Transabdominal Preperitoneal) ve TEP (Total Ekstraperitoneal) onarım tekniklerinin inflamatuvar parametreleri ile karşılaştırılması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Yeşildal, M., Kaya, D.Ş. (2021). Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya örneği. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(2), 174-181.
- Yıldırak, B. (2023). *Kronik hastalığı olan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı ve öz etkililik düzeylerinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldırım, A. (2021). *Kronik hastalığı olan bireylerde kaderciliğin öz bakım gücü ve sağlık algısına etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldırım, E.A. (2018). *Anksiyete bozukluğu olgularında ölüm anksiyetesi sıklığının incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldız, D. (2011). *Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldız Fındık, Ü., Yıldızeli Topçu, S. (2015). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *HUHEMFAD*, 19(2), 22-33.
- Yılmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., Bekar, M. (2012). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *J Clin Nurs*, 21, 956-964.
- Yulu, N. (2020). *Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Yumak, M. (2020). *Laparoskopik inguinal herni onarımlarının genel cerrahi uzmanlık eğitimindeki yeri*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Yurddaş, B. (2022). *Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Zemła, A.J, Nowicka Sauer, K., Jarmoszewicz, K., Wera, K., Batkiewicz, S., Pietrzykowska, M. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anaesthesiol Intensive Ther*, 51(1), 64-69.

Zengin Çakır, H.K., Dal Yılmaz, Ü. (2018). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 10(2), 115-121.



EKLER

EK-1

VERİ TOPLAMA FORMU

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

Bu araştırma “Abdominal Cerrahi Girişim Geçirecek Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlık Algısı ve Kaygı Üzerine Etkisi” değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

*Yüksek Lisans Öğrencisi: Busenur ALDEMİR
Danışman: Doç. Dr. Nuray AKYÜZ*

Hastanın tanısı:

Yapılan cerrahi girişim:

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz?

a) Evli b) Bekar

4. Kilonuz: kg Boyunuz: cm BKİ:

5. Çocuğunuz var mı?

a) Evet çocuk b) Hayır

6. Aile tipiniz?

a) Yalnız yaşıyor b) Çekirdek aile c) Geniş aile

7. Eğitim Durumunuz?

a) Okuryazar/İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Önlisans e) Lisans f) Lisansüstü

8. Mesleğiniz?

a) Öğrenci b) İşçi c) Memur d) Serbest meslek e) Ev Hanımı f) Emekli

9. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

a) İl b) İlçe c) Kasaba/köy

10. Sağlık güvenceniz?

a) Var b) Yok

11. Gelir durumunuz?

a) Gelir giderden fazla b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden az

12. Sigara kullanma durumu?

a) Evet adet/paket/gün yıl b) Hayır c) Bıraktım

13. Alkol kullanma durumu?

- a) Evet sıklığı/miktar yıl b) Hayır c) Bıraktım

14. Sürekli ilaç kullanma durumu?

- a) Evet b) Hayır

15. Kronik hastalık durumu?

- a) Var b) Yok

16. Daha önce önemli bir hastalık geçirme durumu?

- a) Evet b) Hayır

17. Daha önce hastaneye yatma durumu?

- a) Evet b) Hayır

18. Daha önce ameliyat olma durumu?

- a) Evet b) Hayır

19. Olumsuz ameliyat deneyimi?

- a) Var b) Yok

20. Genel olarak sağlıkla ilgili bilgileri en çok hangi kaynaktan alıyorsunuz?

- a) Sağlık çalışanı b) Kitap/Gazete/Dergi c) Televizyon
d) İnternet/sosyal medya e) Aile üyeleri ve arkadaşlar

21. Son 1 yılda kendiniz için sağlık kurumuna kaç kez gittiniz?

- a) Hiç gitmedim b) 1-2 defa c) 3-4 defa d) 5-10 defa e) 10 defadan fazla

22. En çok hangi durumlarda sağlık kurumuna gidirsiniz?

- a) Düzenli kontrol
b) Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğimde
c) Kendimi hasta hissettiğimde
d) Şiddetli ağrı varlığında
e) Hastalığı kendim iyileştiremediğimde

23. Genel olarak aldığınız sağlık hizmetini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

24. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

25. Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

EK-2

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

EK 2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi sağ tarafta yer alan; (1): Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız (2): Çok zorluk çekiyorum (3): Biraz zorluk çekiyorum (4): Az zorluk çekiyorum (5): Hiç zorluk çekmiyorum seçeneklerinden size uyan yalnız bir tanesini işaretleyerek belirtiniz.

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

EK-3

SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

EK 3. SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz.

1=Kesinlikle katılıyorum 2= Katılıyorum 3= Kararsızım 4= Katılmıyorum 5= Hiç Katılmıyorum

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.	Sağlığımı çok düşünürüm.	1	2	3	4	5
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3.	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4.	Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfüdür.	1	2	3	4	5
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8.	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi varki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10.	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
11.	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	1	2	3	4	5
14.	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	1	2	3	4	5
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

EK-4

AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİ

EK 4. AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyup, her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı aşağıdaki 5'li derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz. Lütfen her bir ifade için sadece bir seçenek işaretleyiniz.

1 = Hiç katılmıyorum 2 = Katılmıyorum 3 = Kararsızım 4 = Katılıyorum 5 = Kesinlikle Katılıyorum

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Ölüm düşüncesi sık sık aklıma geliyor.	1	2	3	4	5
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımın ortada kalacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum	1	2	3	4	5
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı kendim karşılayamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5

EK-5

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
TİTCK-KAD-D2	Tarih / Versiyon	Sayfa
	13.03.2023 / Ver.01	1/1

Doç. Dr. Nuray Akyüz danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Busenur Aldemir tarafından Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nde 'Abdominal Cerrahi Girişim Geçirecek Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlık Algısı ve Kaygı Üzerine Etkisi' adlı bir araştırma yapılacağı belirtilerek araştırmanın konusu hakkında kısa bir bilgilendirme yapıldı. Araştırmanın akademik amaçlı olduğu ve abdominal cerrahi girişim geçirecek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve kaygı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacağı söylendi. Bu araştırmaya toplam 143 gönüllünün alınacağı belirtildi. Bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildim. Bu araştırmada bana Veri Toplama Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği içerisindeki soruların sorulacağı söylendi. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalar ile ilgili bağlı bulunduğum SGK'dan herhangi bir ücret alınmayacağı ve bana da herhangi bir ücret ödenmeyeceği tarafıma anlatılmıştır. Araştırma sırasında bir sorum ya da sorun olduğunda herhangi bir saatte Busenur Aldemir'i (dahili) numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun sağlık çalışanlarıyla olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada 'katılımcı' olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü
Adı ve Soyadı:
Tarih:
İmza:

Araştırmacı
Adı ve Soyadı: Busenur Aldemir
Tarih:
İmza

EK-6

SOYÖ KULLANIM İZİNİ



EK-7

SAÖ KULLANIM İZİNİ



EK-8

AÖKÖ KULLANIM İZİNİ



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİRECEK HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN SAĞLIK ALGISI VE KAYGI ÜZERİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% **13**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **10**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **6**

YAYINLAR

% **5**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBİTAK) Öğrenci Ödevi	%3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
4	gevhernesibedergisi.com İnternet Kaynağı	<%1
5	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	<%1
6	earsiv.odu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
8	Aydın, İpek. "Dağıtılmış liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesine etkileri: İzmir	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- Etik Kurul izni gerekmektedir.**
- Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Busenur ALDEMİR
(İmza)



ETİK KURUL İZİNİ









EĞİTİM PLANLAMA KURULU İZİNİ





KURUM İZİNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- Kurum izni gerekmektedir.
- Kurum izni gerekmemektedir.

Busenur ALDEMİR
(İmza)



KURUM İZİNİ



ÖZGEÇMİŞ

