



T.C.
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GONARTROZLU BİREYLERDE HASTALIK ALGISI
İLE HEMŞİRELİK BAKIM ALGISI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Rabia Ümüş ÖZTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRŞEHİR-TEMMUZ/2023



T.C.
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GONARTROZLU BİREYLERDE HASTALIK ALGISI
İLE HEMŞİRELİK BAKIM ALGISI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Rabia Ümüş ÖZTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayla ÜNSAL

KIRŞEHİR-TEMMUZ/2023

KABUL VE ONAY

“Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı ile Hemşirelik Bakım Algısı Arasındaki İlişki” adlı bu çalışma, 17.07.2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Prof. Dr. Ayla ÜNSAL
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
(Başkan, Danışman)

Unvan Adı SOYADI

Üniversite

Fakülte

(Üye)

Unvan Adı SOYADI

Üniversite

Fakülte

(Üye)

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Rabia Ümüş ÖZTÜRK

ÖNSÖZ

Bu çalışma Kırşehir İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde ve Ortopedi servisinde gonartrozlu bireylerde hastalık algısı ile hemşirelik bakım algısı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu tez, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından SYO.A4.23.005 proje numarası ile desteklenmiştir.

Yüksek Lisans eğitimim süresince zamanını ve emeğini esirgemeyen, bilimin ışığında, fikirleri, profesyonelliği, becerileriyle pek çok şey öğrendiğim; hoşgörülü ve saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Ayla ÜNSAL'a,

Araştırmam kapsamında elde ettiğim bulguların istatistiksel analiz kısmında değerli bilgi ve deneyimleriyle bana destek olan emeğini hiçbir zaman esirgemeyen Doç. Dr. Adem TAŞDEMİR'e,

Yoğunluğuna rağmen bana zaman ayıran, yanımda hissettiğim Arş. Gör. Gamze SAATÇI'ye,

Yüksek lisans eğitimimi destekleyip, bu süreçte yanımda olan kıymetli doktorum Kubilay DOĞAN'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana destek olan, emeğini esirgemeyen tüm hemşire arkadaşlarıma,

Bütün eğitim hayatımda yanımda olup daha ilerisi için teşvik eden, varlıklarıyla güçlendiğim, fedakâr anne ve babama,

Tez sürecimin her aşamasında yüreklendiren, destekleyen sevgi ve saygıyla yaklaşan değerli eşim Mehmet Emin ÖZTÜRK'e,

Çalışmalarım esnasında beni sabırla bekleyen, varlıklarıyla mutluluk veren, bana umut olan canım kızım Erva'ya ve canım oğlum Erdem'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİL LİSTESİ	VII
TABLO LİSTESİ.....	VIII
KISALTMA LİSTESİ.....	IX
ÖZET	X
SUMMARY.....	XII
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Sorunun Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Osteoartrit	5
2.1.1. Osteoartritin Epidemiyolojisi	5
2.1.2. Osteoartritin Risk Faktörleri.....	6
2.1.3. Osteoartritin Patogenezi	7
2.1.4. Osteoartritin Sınıflaması	7
2.2. Gonartroz	8
2.2.1 Gonartrozun Epidemiyolojisi	8
2.2.2. Gonartrozun Risk Faktörleri.....	9
2.2.3. Gonartrozun Klinik Bulguları	9
2.2.3.1. Ağrı.....	10
2.2.3.2. Eklem Hareket Açıklığında Kısıtlılık.....	10
2.2.3.3. Krepitasyon	10
2.2.3.4. Kas Zayıflığı.....	10
2.2.3.5. Ödem	10

2.2.3.6. Tutukluluk-Deformite	11
2.2.4. Gonartrozda Tanı Kriterleri.....	11
2.2.5. Gonartroz Tedavisi.....	12
2.2.5.1. Nonfarmakolojik Tedavi	12
2.2.5.2. Farmakolojik Tedavi	13
2.2.5.3. Cerrahi Tedavi.....	13
2.2.6. Gonartrozda Hasta Eğitimi.....	14
2.3. Hastalık Algısı Kavramı	15
2.3.1 Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı.....	16
2.4. Hemşirelik Bakımı Kavramı	17
2.4.1. Gonartrozlu Bireylerde Hemşirelik Bakımı	18
2.5. Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı ile Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki.....	20
2.6. Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı ve Hemşirelik Bakım Algısı ile İlgili Çalışmalar	21
3. MATERYAL VE METOD	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.5. Veri Toplama Araçları	21
3.5.1. Hasta Bilgi Formu (HBF).....	21
3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ).....	22
3.5.3. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ)	23
3.6. Verilerin Toplanması	24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	27
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	49
KAYNAKLAR	59
EKLER	75

SEKİL LİSTESİ

- Şekil 4.1:** Gonartrozlu bireylerin hastalık şikâyetleri ile ilgili bulgular (n=193).....30
- Şekil 4.2:** Gonartrozlu bireyler hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili ortalamalar.33
- Şekil 4.3:** Gonartrozlu bireyler hastalığın nedenleri görüşleri ile ilgili ortalamalar.40

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Gonartrozda Amerikan Romatoloji Derneği tanı ölçüt kriterleri	11
Tablo 3.1: Hastalık algısı ölçeğine ait güvenilirlik düzeyleri.	23
Tablo 3.2: Hemşirelik bakımını algılayışı ölçeğine ait güvenilirlik düzeyleri.	24
Tablo 3.3: Normallik dağılım varsayımları.	25
Tablo 3.4: Ölçeklerin puanlandırılması için verilen ağırlık grupları.	27
Tablo 4.1: Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özellikleri (n=193).	28
Tablo 4.2: Gonartrozlu bireylerin sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgileri(n=193).	29
Tablo 4.3: Gonartrozlu bireylerin hastalık algısı alt boyutundan hastalık tipine ilişkin bulguları (n=193).	31
Tablo 4.4: Gonartrozlu bireylerin hastalık algı alt boyu hastalık tipi (n=193).	32
Tablo 4.6: Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hastalık hakkındaki görüşlerinin karşılaştırılması (n=193).	34
Tablo 4.7: Gonartrozlu bireylerin sağlık durumlarına ve gonartroza ilişkin hastalık hakkındaki görüşleri (n=193).	37
Tablo 4.8: Gonartrozlu bireylerde hastalık algısı alt boyutu hastalık nedenleri (n=193).	40
Tablo 4.9: Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hastalık nedenleri ile karşılaştırılması (n=193).	41
Tablo 4.10: Gonartrozlu bireylerde sağlık durumları ile gonartroza ilişkin hastalık nedenleri (n=193).	43
Tablo 4.11: Gonartrozlu bireylerin hemşirelik bakım algısı ile ilgili bulguları (n=193).	44
Tablo 4.12: Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelik bakım algısı bulguları (n=193).	45
Tablo 4.13: Gonartrozlu bireylerin sağlık durumlarına ile gonartroza ilişkin bilgilerine göre hastanın hemşirelik bakımını algılama bulguları (n=193).	46
Tablo 4.14: Bireylerin hastalık hakkındaki görüşleri ile hemşirelik bakım algısı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular (n=193).	47

KISALTMA LİSTESİ

ACR:	Amerikan Romatizma Derneği
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
BKI:	Beden Kitle İndeksi
HBF:	Hasta Bilgi Formu
HAÖ:	Hastalık Algısı Ölçeği
HHBAÖ:	Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği
NSAİİ:	Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar
TENS:	Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyon

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GONARTROZLU BİREYLERDE HASTALIK ALGISI İLE HEMŞİRELİK BAKIM ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Rabia Ümüş ÖZTÜRK

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Prof. Dr. Ayla ÜNSAL

Bu araştırma, gonartrozlu bireylerin hastalık algısı ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın verileri 27 Eylül-27 Nisan tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma, Kırşehir İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde ve Ortopedi servisinde gonartroz tanısı ile yatarak tedavi gören hastaları kapsamaktadır. Araştırma kapsamında 193 gonartrozlu birey rastgele yolla araştırmaya dâhil edilmiş ve araştırmaya katılım da gönüllük aranmıştır. Veri toplama sürecinde; Hasta Bilgi Formu, Hastalık Algısı (HAÖ) ve Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçekleri (HHBAÖ) kullanılmıştır. Gonartrozlu bireylerden elde edilen veriler bilgisayar ortamında frekans (f), yüzde (%), ortalama (\bar{x}) ve standart sapma (SS), Mann Whitney U, Kruskall Wallis H testi, Spearman Brown Sıra Farkları korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Gruplar arası anlamlı farkın kaynağı çoklu karşılaştırma testi (multiple comparison) yapılarak belirlenmiştir. Araştırmadaki bireylerin büyük çoğunluğunun (%77.2) 60-79 yaş aralığında, (%78.2) kadın, evli, ev hanımı,

geliri giderine denk, olduğu ve sigara alkol kullanmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerde en fazla ağrı (%98.4), uzun süre yürüyememe (%91.2), uzun süre ayakta duramama (%89.6), diz ekleminden ses gelme (%87.6), yorgunluk şikayetleri yaşadığı bulunmuştur. HAÖ'nin hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu yaş, yaptığı iş, alkol kullanma durumu, dizinden ameliyat olma durumu, yardımcı cihaz kullanma durumu ($p<0.05$), eğitim durumu ($p<0.001$), günlük aktivite durumu ve kronik hastalık durumu ($p<0.01$) açısından değişmektedir. HAÖ'nin hastalık nedenleri alt boyutu cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, günlük aktivite durumu, tanı süresi ($p<0.05$) yaşanan kişiler ($p<0.01$) açısından değişmektedir. HHBAÖ dizinizde ameliyat olma durumu, yardımcı cihaz kullanma durumu, beden kitle indeksi ($p<0.05$) değişkenler açısından etkilidir. HAÖ'nin hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu ile hastanın hemşirelik bakımını algılama durumları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ile duygusal temsiller arasında çok düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r=.143$; $p<0.05$) olduğu görülmektedir. HAÖ'nin hastalık nedenleri alt boyutu ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı arasında ilişki incelendiğinde ise psikolojik atıflar ($r=-.165$) ve risk faktörleri ($r=-.203$) arasında negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu sonuçlara göre; gonartrozlu bireylerin hastalık algıları ve hemşirelik bakımını algılayışları değerlendirilerek çok yönlü bir yaklaşım ile takip ve tedavilerinin sürdürülmesi önerilmektedir.

Temmuz 2023, 106 sayfa.

Anahtar Kelimeler: Gonartrozlu bireyler, hastalık algısı, hemşirelik bakımını algılayışı.

SUMMARY

M. Sc. THESIS

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PERCEPTION OF DISEASE AND THE PERCEPTION OF NURSING CARE IN INDIVIDUALS WITH GONARTROS

Rabia Ümüş ÖZTÜRK

Kırşehir Ahi Evran University

Health Sciences Institute

Department of Nursing Fundamentals of Nursing Master's Program with Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Ayla ÜNSAL

This research was carried out in a relationship-seeking type with the aim of determining the kinship between the perception of illness and the perception of growing parental care in individuals with gonarthrosis. The data of the research were collected between 27 September and 27 April. The research covers the effects of receiving gonarthrosis and inpatient treatment in the Physical Therapy and Rehabilitation Center and Orthopedics service of Kırşehir Province Training and Research Hospital. 193 objects with gonarthrosis were randomly sent and included in the scope of the study, and volunteering was sought. Data collection process; Patient Information Form, Illness Perception (HAS) and Patient Nursing Care Perception Scales (HAS) were used. Frequency (f), percent (%), mean (\bar{x}) and standard deviation (SD), Mann Whitney U, Kruskall Wallis H test, Spearman Brown Rank Differences expenditure consumption were used in the computer environment obtained from people with gonarthrosis. Source of difference between groups Multiple comparison test (multiple comparison) was designed. Photograph of the individuals in the study who are the biggest spenders (77.2%) between the ages of 60-79, (78.2%) female, married, housewife, whose income is equal to their expenses, and they do not smoke or drink alcohol. It was found that the individuals participating in the study experienced the most complaints of pain (98.4%), not walking for a long time (91.2%), not being able to stand for a long time (89.6%), noise from the knee parts (87.6%), and fatigue. The sub-dimensions of HAE's views about the disease are age, job,

alcohol use, knee surgery, assistive device use ($p < 0.05$), education status ($p < 0.001$), daily activity status, and chronic disease status ($p < 0.01$). Disease causes sub-dimension of HAE varies in terms of gender, educational status, income status, daily activity status, diagnosis period ($p < 0.05$), and people living with ($p < 0.01$). The status of having surgery on your knee, the use of assistive devices, and body mass index ($p < 0.05$) are effective in terms of variables. When the relationship between the sub-dimension of opinions of HAS about the disease and the patient's perception of nursing care is examined, it is seen that there is only a very low-level positive and significant relationship ($r = .143$; $p < 0.05$) between the perception of nursing care and emotional representations. When the relationship between the causes of illness sub-dimension of HAE and the patient's perception of nursing care was examined, negative low-level significant relationships were found between psychological attributions ($r = -.165$) and risk factors ($r = -.203$) negative low-level relationships were found between them ($p < 0.05$).

According to these results; It is recommended that individuals with gonarthrosis continue their follow-up and treatment with a multifaceted approach by evaluating their perceptions of illness and nursing care.

July 2023, 106 page.

Keywords: Individuals with gonarthrosis, perception of illness, perception of nursing care.

1. GİRİŞ

1.1. Sorunun Tanımı ve Önemi

Toplum sağlığını önemli ölçüde etkileyen risk faktörlerine maruziyet artmaktadır. Değişen dünya düzeni ile beraber yaşam süresi uzarken bu durum obezite, hareketsiz yaşam biçimi, kronik hastalıklar insidansı ve sakatlıklarda artışı da beraberinde getirmektedir. Günümüzde yaşlılar dünya nüfusunun yaklaşık %10'una sahiptir ve 2050 yılına gelindiğinde bu durumun %16'ya çıkacağı öngörülmektedir. (1-5). Özellikle yaşlı nüfus için kas iskelet sistemi hastalıkları arasında hareket kısıtlılığı ve ağrı en sık karşılaşılan nedenleri arasındadır. Bu nedenlerden biri de osteoartritir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; osteoartritli bireylerin %73'ü 55 yaşın üzerindedir. Bu durum sağlık harcamalarında kayda değer bir yük oluşturmaktadır (6-10).

Osteoartrit sinovyal eklemlerde, eklem kıkırdağındaki yapısal değişikliklerle özgünleşmiş, eklemlerde en sık görülen ilerleyici ve günlük aktiviteleri önemli ölçüde kısıtlayan bir halk sağlığı sorunudur. Osteoartritin yaygınlaşmasıyla beraber çeşitli komplikasyonlar ve mortalite insidansında artış görülmektedir (11,12). Osteoartrit dünya çapında artrit en yaygın formu olup, ağrı ve sakatlığın önde gelen nedenidir (13). Ülkemizde yapılan çalışmaya göre osteoartrit %2.9 toplam hastalık yükü düzeyiyle ilk 10 hastalıktan 7. sıradadır (14).

Osteoartrit çok yönlü bir etiyolojiye sahiptir, biyokimyasal, mekanik, yapısal, beslenmeye bağlı faktörler arasındaki etkileşim ürünüdür (15-17). Yapılan çalışmalarda osteoartrit; kıkırdak yıkımı ve onarımının bir arada gerçekleştiği aktif bir süreç olarak kabul edilir. Hastaların birçoğunda kıkırdaktaki ilerleyici kayıp ve hücrel aktivitelere subkonral kemik sklerozu, subkonral kistik oluşumlar ve osteofitik değişiklikler eşlik eder. Osteoartrit tüm sinovyal eklemleri tutabilen bir hastalık olmakla birlikte yük taşıyan eklemlerde daha fazla görülmektedir. Hastalığın ilerlemesiyle yük binen eklemlerin kıkırdaklarında kayıplar görülür. Özellikle diz eklemi yük taşıma özelliğiyle semptomatik osteoartritte en sık tutulan eklem türüdür (12, 16, 18, 19, 20). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre

semptomatik diz osteoartrit sayısının 55-64 yaş arasındaki zirveye ulaştığını ve yaşlanma ile birlikte arttığı bildirilmiştir (21). Semptomatik diz osteoartriti, 60 yaş üstü kadınlarda %13, erkeklerde %10 görülmüştür. Kadın olmak osteoartrit için önemli bir risk faktörüdür. DSÖ verilerine göre ise osteoartritli bireylerin %60'ı kadındır (6, 15, 22).

Dizde görülen osteoartrit gonartroz olarak adlandırılmaktadır ve çevresel eklemler arasında görülme sıklığı açısından ilk sıradadır (23-25). 65 yaş üstü hastaların %80'inde görülmekte olup bunların üçte biri semptomatiktir. Kadınlarda dördüncü, erkeklerde sekizinci engellilik nedenidir (26). Hastalarda en belirgin bulgu ağrı, eklem sertliği ve eklem hareketlerinde kısıtlılıktır. Hastalık ilerledikçe ağrı devamlı hale gelir. Hastanın yaşamını büyük oranda zorlaştırıp ve hatta yürümesini imkânsızlaştırabilir. Tüm bu durumlar hastaları fiziksel olarak etkilemekle kalmaz, hastalarda duyarlılık, stres ve bağımlılığı artırır. Hastalar kendisine yüklenen rollerini yerine getiremez, sosyal yaşamı kısıtlanır, anksiyete ile depresyon görülme sıklığı artar ve uyku düzeninde bozulmalara yol açar (16, 27-31). Tedavideki ilk amaç bu belirtileri en aza indirerek hastanın günlük yaşamında karşılaştığı sorunları önlemek ve yaşamını daha konforlu hale getirmektir (27, 28). Hemşireler hastanın içinde bulunduğu bu karmaşık durumda hasta ve ailesine destek olurlar (32).

Hastaların günlük yaşam aktivitesini, sosyal hayatını, psikolojik durumunu, baş etme mekanizmasını, duygusal, davranışsal tepkilerini ve tedaviye cevabını etkileyen durumlardan biri ise hastalığı üzerine oluşturduğu algıdır (33). Hastalık algısı; bireylerin geçmiş yaşantısına, inançlarına, kültürel etkenlerine, değerlerine, sosyo tanıtıcı özelliklerinde göre değişen bir kavramdır (34). Hastalar tanı konulduğunda hastalıkları ile alakalı bir inanç modeli geliştirirler. Geliştirdikleri bu model hastalığı yönetmeye yönelik davranışlarında önemli bir belirleyicidir. Hastaların algıladıkları, hastalığı hakkındaki fikirleri değişen dinamik bir süreçtir ve bireyin dengesi ile uyumunu etkilemektedir (35, 36). Hemşireler girişimlerini planlamadan önce hastaların içinde bulunduğu hastalık durumunu nasıl algıladığını bilmeleri gerekmektedir (2).

Kronik hastalığı olan hastalarda hastalık algısı kavramı hastaları, vereceği cevapları, davranışları anlama ve ona uygun bakımı planlama açısından önemlidir (37). Bakım, toplumsal açıdan hemşireliğin özünü oluşturmaktadır. Hemşirelik bakımı sağlık sektöründe

verilen hizmetin önemli bir kısmını kapsar (38). Hemşireler diğer sağlık ekibi üyeleri arasından hasta ile en fazla zaman geçiren meslek grubudur. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmasında hemşirelik bakımının önemli bir yeri vardır. Bakım hizmetinin sürekli, yeterli ve kaliteli olması hemşirelik mesleğinin gelişmesi açısından önemlidir. Her birey kendine özgüdür ve birbirinden farklı inançları, deneyimleri, tutum ve davranışları vardır. Tüm bu durumlar göz önünde bulundurularak bakım bütüncül bir yaklaşımla sunulmalıdır (39-41).

Gonartroz tanısı alan hastalar fonksiyonel sınırlılıkla beraber bağımlılık düzeyi artabilir ve hemşirelik bakımına daha fazla ihtiyaç duyabilirler. Bu durum beklentilerinin artmasına ve hemşirelik bakımına ilişkin oluşturdukları algıyı etkileyebilir (42). Bakımı etkileyen birçok faktör vardır. Profesyonellik, uygulama becerisi, empati, saygı, sorumluluk bu faktörler arasındadır (43). Hemşirelik bakımını etkileyen bir başka faktör de hastalık algısı olabilir. Çünkü bireylerin hastalık algıları duygusal durumunu, işlevselliklerini, sağlık hizmetini kullanım şekline kadar pek çok durumu etkilemektedir (44). Bakımı etkileyen faktörlerin ve hastaların hemşirelik bakımına ilişkin algılarının bilinmesi hizmet kalitesini arttırmak ve tedavi sürecini hızlandırmak açısından önemlidir (45). Literatürde gonartroz tanısına sahip hastalarda hastalık algısı ile hemşirelik bakımını algılama arasında ilişkiyi ölçen bir araştırmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, gonartrozlu bireylerde hastalık algısı ile hemşirelik bakım algısı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Gonartrozlu bireylerin hastalık algısı ne düzeydedir?
2. Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgileri hastalık algısını etkilemekte midir?
3. Gonartrozlu bireylerin hemşirelik bakım algısı ne düzeydedir?
4. Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgileri hemşirelik bakım algısını etkilemekte midir?

5. Gonartrozlu bireylerin hastalık algısı ile hemşirelik bakım algısı arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Osteoartrit

Osteoartrit, dünya genelinde en sık engellilik nedenlerinden biri olan, çok faktörlü, ilerleyici bir eklem hastalığıdır. Aşınma ve yıpranmalar sonucu eklem yapısındaki değişikliklerle karakterize, eklem açıklığında daralma, eklem kenarlarında yeni kemik oluşumları ile özgünleşmiş beraberinde tüm eklem çevresi dokuları ve diğer bağ dokularını da etkileyen eklemlerde sık görülen kronik bir hastalıktır (12, 46-48). Osteoartritli hastalarda kıkırdak hasarının takibinde sinovial inflamasyonda gerçekleşir (49).

Osteoartrit 60 yaş üzerindeki kadınlarda daha sık görülmekle beraber yaklaşık olarak yarısını etkilemektedir. Kalça, dizler, servikal ve lumbar bölgeler başta olmak üzere birçok eklemde görülmektedir (50, 22). Çoğunlukla osteoartrit hastalığının seyri el eklemlerinde en hızlı, diz eklemde en yavaş, kalça eklemde ise orta hızla ilerlemektedir (49). Osteoartritli hastaların yaklaşık %87'sinde bakım bağımlılığı tespit edilmiştir. Osteoartritli bireylerin birçoğunda hipertansiyon, diyabetes mellitus, depresyon ve kardiyak aritmiler başta olmak üzere birçok komorbidite vardır (51).

2.1.1. Osteoartritin Epidemiyolojisi

Osteoartrit dünyanın pek çok ülkesinde en yaygın görülen kronik ağrı ve sakatlığa neden olan bir eklem hastalığıdır (52). Osteoartrit kadınlarda sekizinci erkeklerde dördüncü engellilik nedenidir ve 60 yaş üstü popülasyonun en az %10'unda engelliliğe neden olduğu bilinmektedir (53, 54). Yaşlı nüfusta diz, kalça ağrısı ve merdiven çıkmada zorluk yaşayan bireylerin başlıca sebebi osteoartrittir. Avrupa'da ve Amerika'da yaşlı nüfusun %40'ı osteoartrit şikayetlerinden yakınmaktadır (55). Ülkemizde Ankara'da gerçekleştirilen bir çalışmada radyolojik kalça osteoartrit prevalansı %8.8 düzeyinde kaydedilmiştir. İzmir merkezde 50 yaş üstü bireylerde yapılan diz osteoartriti ve el distal interfalangeal eklem

osteoartrit prevalans çalışması yapılmış olup diz osteoartrit prevalansı %14.5, el distal interfalangeal prevalans %10.5 olarak saptanmıştır (54). Türkiye hastalık yükü çalışmasına göre osteoartrit erkeklerde %7.3 düzeyiyle sakatlığa sebep olan yirmi hastalıktan birinci sıradadır. Aynı çalışmada kaydedilen toplam hastalık yükünü oluşturan ilk on hastalıktan yedinci sırada gelmektedir (14). Yapılan çalışmada kalça ve diz replasmanı sayısı son on yılda yaklaşık iki katına çıkmıştır (56).

2.1.2. Osteoartritin Risk Faktörleri

Osteoartrit çok faktörlü bir hastalıktır. Obezite, osteoartrit için önemli bir risk faktörüdür (57, 58). Osteoartrit obezitenin önlenmesi ile önlenebilecek hastalıklar arasındadır (14). Özellikle obez kişilerde diz osteoartriti oluşumu artmaktadır. Obezite eklem de oluşan yükü arttırmakla kalmaz postürü, yürüyüşü, vücut mekaniğini etkileyerek eklem yapısının bozulmasına sebep olur (59). Genetik yatkınlık, anormal eklem şekilleri, bireylerde meydana gelen travmalar, dejeneratif eklem hastalıkları oluşumuna yol açabilir. Yapılan çalışmalarda genetik yatkınlığın %50-65 düzeyinde osteoartrit yapabileceği düşünülmektedir. Uygun ve yeterli egzersiz yapılmaması da tüm eklemler için risk oluşturmaktadır. Ancak osteoartrit insidansı ve prevalansı üzerindeki en büyük etkiye sahip faktör yaştır. Yapılan çalışmalarda yaşam süresinin uzamasıyla beraber 2030 yılına kadar osteoartrit vakalarının giderek artarak 65 yaş üstü bireylerin yaklaşık %50' sinde osteoartrit tanısı görüleceği düşünülmektedir (50, 58, 59). Bunlara ek olarak kadın olmak da osteoartrit için bir risk faktörüdür (60). Osteoartrit tanısı alan hastalarda %65' den fazlasını kadın hastalar oluşturmaktadır (51). Kadınlarda osteoartrit görülme oranının fazla olması menopoz sonrası dönemle beraber östrojen seviyesindeki azalma ile ilgili olabilir (59). Dislipidemi ve kolesterol düzeyleri, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve hiperüriseminin osteoartrit için bağımsız risk faktörleri olduğu düşünülmektedir (61, 59). Güreş, boks, bisiklet ve bale gibi sporsal aktivitelerinde osteoartrit oluşumunu arttırdığı bildirilmiştir. Eklemlerdeki reseptör hasarı ile beraber propriosepsiyonun bozulması osteoartritte bir risk faktörüdür (59).

2.1.3. Osteoartritin Patogenezi

Osteoartritin patogenezi tam olarak bilinemese de immünolojik, biyomekanik, hormonal ve metabolik mekanizmalar gibi osteoartritin oluşumuna katkı sağlayan birçok faktör olduğu düşünülmektedir (50, 56).

İmmünolojik unsurlar osteoartritteki patolojik değişikliklerde önemli role sahiptir. Yaşlanmayla beraber kıkırdağın ana maddesi olan proteoglikanların yapısında bulunan kondroitin sülfat azalır, keratan artar ve sonuçta kıkırdak yapısı bozulur. Kıkırdak yüzeyi matlaşır. Kollajen çapraz bağında azalma ve gerilme kuvvetinde kayıp oluşur. Hastalığın ilerlemesiyle beraber şekil bozuklukları görülmektedir (49, 50).

Osteoartrit gelişimi ve ilerlemesinde obeziteye bağlı yük taşıyan eklemleri etkileyen biyomekanik unsurların yanı sıra sitokinler ve adipokinlerin salınımı artar ve bu mediatörlerde kıkırdak yıkımı hızlanır. Eklemler üzerindeki yük, osteoartrit patogenezinde önemli bir faktördür. Yürüyüşle beraber yük taşıyan eklemlerde oluşan kuvvet vücut ağırlığının birkaç katına ulaşmaktadır. Buna bağlı olarak her bir kilo artışı eklemlerde oluşan yükü arttırmakta tabinde kas güçsüzlüğüne ve subkondral kemik katılığının artmasına sebep olmaktadır (61).

2.1.4. Osteoartritin Sınıflaması

Osteoartrit, primer diğer adıyla idiopatik ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Primer osteoartritte altta yatan belirgin bir neden olmamakla birlikte genellikle yaşlanma neden olarak belirtilir ve osteoartritin en sık görülen formudur. Primer osteoartrit, sınırlı bir bölge içinde ya da yaygın olabilir. Üç veya daha fazla çoklu eklem tutulmalarına jeneralize osteoartrit denir. Sekonder osteoartritin ise travma, yaralanma, kalıtsal bağ dokusu hastalıkları, stres gibi nedenleri vardır ve daha çok genç erişkinlerde görülmektedir. Osteoartrit sınıflamasında etiyoloji, farklı olan spesifik özellikler ve etiyoloji dikkate alınır (50, 59).

Osteoartrit en çok diz, kalça, omurga, el, ayak, parmakla eklemleri etkilemektedir. Ağırlık taşıyan eklemlerdeki bozulmalardan dolayı en sık görülen formu diz eklemidir. Diz eklemi osteoartritine gonartroz denir (17, 25, 26, 62-65).

2.2. Gonartroz

Osteoartrit, hiyalin kıkırdak içeren herhangi bir eklemi tutabilir ancak periferik eklemlerden en sık etkilenen diz eklemidir (15, 46, 66). Gonartroz yavaş gelişen bir hastalıktır ve dizde bulunan medial, lateral ve patellofemoral eklemlerden birini veya birkaçını tutabilir (48). Diz eklemi vücutta yük taşıyan eklemlerden birisidir ve diz eklemi osteoartriti daha fazla hareket kısıtlılığına neden olmaktadır (67). Yetişkinlerin yaklaşık dörtte biri işlev ve hareket kısıtlılığına sebep olan diz ağrısından şikâyet etmektedir. 50 yaş üstü bireylerde diz ağrısının en yaygın nedenlerinden biri gonartrozdur (68). Gonartrozla beraber bireylerin hastanelere başvuru sıklığı artmakta ve bu durum gerek sağlık profesyonellerine gerekse sağlık ekonomisine bir yük oluşturmaktadır (69). Gonartrozun en belirgin bulgusu ağrıdır. Ağrıdan kaynaklanan fiziksel engellilik ve fonksiyonel kapasite kaybı morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır (70).

2.2.1 Gonartrozun Epidemiyolojisi

Gonartroz tüm dünyada yaygındır ve genelde sakatlıkla ilişkilendirilir (71). ABD’de 60 yaş üstü bireylerde kadınların %13’ü erkeklerin ise %10’nu gonartrozdan etkilendiği bildirilmiştir (72). ABD’de yapılan bir çalışmada 14 milyona yakın kişinin gonartroz tanısı aldığı tahmin edilmektedir. Yaşlı bireylerde daha yaygın görülmesine rağmen yaklaşık yarısı 45-64 yaş arasındadır (73). Radyografik gonartroz prevalansı %25.4 semptomatik gonartroz % 15.4 olarak belirtilmektedir (63). Ülkemizde yapılan çalışmada 50 yaş üstü nüfus için gonartroz sıklığı kadınlarda %22.5 erkeklerde %8 olmak üzere toplamda %14.5 olarak üzere tespit edilmektedir (74). Gonartroza sebep olan bazı risk faktörlerinin yaygınlaşmasıyla gonartrozun toplumlarda görülme olasılığı da artmaktadır. Obezite gonartroz için önemli bir risk faktörüdür. Obez bireylerde gonartroz görülme olasısı 6.8 kat artmaktadır (75). Şişman kadın hastalarda gonartroz görülme sıklığı normal ağırlıktaki kadınlara göre dört kat daha fazla olduğu saptanmaktadır (50). Türkiye İstatistik Kurumu 2019 verilerine göre osteoartrit görülme düzeyi erkeklerde %7.6, kadınlarda %14.6 olmak üzere toplam %11.2 olarak tespit edilmektedir (76).

2.2.2. Gonartrozun Risk Faktörleri

Gonartrozun meydana gelmesinde hem enflamatuar hem de biyomekanik faktörler önemli rol oynamaktadır. Aile öyküsü, ileri yaş, obezite, sinovit, sistemik inflamatuvar mediatörler, bağışıklık sistemi, alt ekstremiteye ait sorunlar (gene valgum, gene varum), eklem şekli, displazi, travma, metabolik sendrom ve inflamasyon gonartroz için risk oluşturmaktadır. Diz çökme, dizi bükme, çömelme, uzun süre ayakta durmayı gerektiren aktiviteler de gonartroz için risk faktörüdür. Siyah ırka sahip kadınlar beyazlara göre daha fazla gonartroz tanısı almaktadırlar. Gonartrozda riskler değiştirilemez ve değiştirebilir faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilemez risk faktörleri, kalıtsal ve konjenitaldir. Bu durum gonartroz oluşumuna yatkın hale getirmektedir. Değiştirilebilir ve önlenebilir risk faktörlerinin bilinip hastalara bu konuda gerekli eğitimler verilerek gonartrozun oluşumu ve ilerlemesi önlenebilir (48, 50, 77, 78). En önemli değiştirebilir risk faktörü obezitedir. Vücut ağırlığından 11 puanlık bir azalma gonartroz gelişme riskini %50'ye varan düzeyde düşürmektedir. Yapılan başka bir çalışma obezitenin hastalarda gonartroz oluşma riskinin 3-10 kat arasında arttırdığını tespit etmiştir. Obeziteyle beraber varis deformitesi oluşur, eklem normal yapısı bozularak işlevi yerine getiremeyecek hale gelmektedir (59, 61, 66). Eklem kıkırdağındaki distal femurun kalınlığı kadınlarda erkeklere göre daha incedir. Buna ek olarak kadın ve erkeklerin kemik yapıları birbirinden farklıdır. Cinsiyetler arasındaki anatomik farklar kadınlarda gonartroz gelişimini etkilemektedir. Osteoporozu olan hastalarda kemik yapısı içinde mineral miktarında azalmaya bağlı olarak gonartroz oluşumu artmaktadır (79).

Gonartroz tanısına sahip olan bireylerde serum insülin düzeyi gonartroz olmayanlara oranla anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde hipertansiyonun hastalarla gonartrozun gelişmesinde ve ilerlemesinde katkıda bulunduğu düşünülmektedir (61).

2.2.3. Gonartrozun Klinik Bulguları

Gonartrozun ağrı, eklem hareket açıklığında kısıtlılık, krepitasyon, kas zayıflığı, ödem, tutukluluk, deformite vs. gibi klinik bulguları vardır. Bunlar şu şekilde açıklanabilir;

2.2.3.1. Ağrı

En önemli belirti ağrıdır. Dizde ağrı ani bir başlangıç ile başlayıp yavaş gelişip seyri giderek artabilir. Ağrı, anterior ya da medial üst tibiaya yayılım gösterebilir. Dizde osteofit fraktürü ve kemikte nekrotik odak kollapsı, yumuşak dokulara basınç artışı, subkondral kemiğe ve komşu sinirlere basınç artışı gibi durumlarda ağrı birden şiddetlenebilir. Zamanla ağrı semptomları dinlenme ve gece uykuda daha sık aralıkla olabilir. Aktivitenin artmasıyla beraber ağrı şiddeti de artabilir. Bireylerde yaşlanma, hastalığın kronikleşmesi, anksiyete, depresyon, sosyal hayattan soyutlanma ile hastalıkta ağrı algısı değişiklik gösterebilir (75, 80, 81).

2.2.3.2. Eklem Hareket Açıklığında Kısıtlılık

Bireylerde meydana gelen ağrı ile beraber eklem hareketlerinin azalmasına, kısıtlılıklara dolayısıyla fonksiyonel yetersizliğe neden olur (80). Eklem hareket açıklığında kısıtlılık, fleksiyonda kısıtlılık ya da fleksiyon kontraktürü şeklinde olabilir (82). Yürüyememe, merdiven çıkamama, dik oturur pozisyonda durmakta sıkıntı yaşama, ev işlerini yapamama ve uzun süre ayakta durmakta zorluk yaşanır (48).

2.2.3.3. Krepitasyon

Pasif eklem hareketleri sırasında eklem yüzeyleri arasındaki sürtünmeden kaynaklı eklemde ses gelmesidir (75, 83).

2.2.3.4. Kas Zayıflığı

Ağrı ve hareket kısıtlılığındaki artış kas zayıflığına neden olur. Gonartrozda kuadriseps kas atrofisi erken bulgulardandır (77, 80). Eklemdeki mekanoreseptörlerde meydana gelen patoloji sonucunda kas kuvveti ve kasın proprioseptif keskinliği bozulabilir. Sonuç olarak bireylerde motor kontrol azalır ve hastalar denge fonksiyon bozukluğuna bağlı düşme riski yaşarlar (84).

2.2.3.5. Ödem

Kalsiyum kristalleri eklem sıvısının içerisine dökülüp eklemde kızarıklık, şişlik ve ödem artışına neden olur (75).

2.2.3.6. Tutukluluk-Deformite

Eklem hareketinin başlangıcında zorluk olarak tanımlanır (80). Genelde sabah yataktan kalkmadan önce veya uzun süre oturmanın ardından meydana gelir. Bu durum, 30 dakikadan kısa sürer (48). Pasif hareketler sırasında deformite saptanır (50).

2.2.4. Gonartrozda Tanı Kriterleri

Gonartroz tanısı klinik olarak hasta öyküsü ve fiziksel muayene ile konulur. Daha sonra radyografi ile doğrulanır. Gonartroz tanısını düşündüren temel özellikler bireylerde obesite ve aşırı kilo varlığı, ağrı, eklem sertliği, harekette azalma, şişlik, patello femoral ve tibio femoral krepitasyon, kemiğin genişleyerek eklem aralığının daralması, varus ve valgus deformitesi, kas zayıflığı arasındadır (85, 86). Diz, kalça ve el osteoartriti için Amerikan Romatizma Derneği (ACR) tarafından geliştirilen tanı kriterleri kullanılmaktadır (Tablo 2.1) (59).

Tablo 2.1:Gonartrozda Amerikan Romatoloji Derneği tanı ölçüt kriterleri.

Amerikan Romatoloji Derneği Tanı Kriterleri	Gerekli Kriterler
Klinik	
1. Son ay içinde pek çok gün diz ağrısı olması	1, 2, 3, 4 veya
2. Eklem hareketi ile krepitasyon olması	1, 2, 5 veya
3. Sabah tutukluğunun 30 dakika ve altında olması	1, 4, 5
4. 38 yaş ve üzerinde olmak	
5. Muayenede eklemde büyüme gözlenmesi	
Klinik ve Radyolojik	
1. Önceki ayın pek çok gününde diz ağrısı olması	1, 2 veya
2. Radyolojik olarak eklem kenarı osteofitleri	1, 3, 5, 6 veya
3. Osteoartritin tipik sinovyal bulguları	1, 4, 5, 6
4. 40 yaş ve üstü olmak	
5. Sabah tutukluğunun 30 dakika ve altında olması	
6. Aktif eklem hareketi ile krepitasyon alınması	

Kaynak: Bilge A, Ulusoy R, Üstebay S, Öztürk Ö. Osteoartrit. Kafkas J MedSci 2018; 8:133-142.

Kellgren ve Lawrence tarafından geliştirilen evreleme sistemi gonartrozun saptanmasında ve şiddetin belirlenmesinde oldukça fazla tercih edilmektedir. Kellgren-Lawrence evreleme sisteminde 0-4 arası puan verilir. 0 puan normal radyografi bulgularının olduğunu, 1 puan eklem boşluğunda şüpheli daralma ve olası osteofit, 2 puan osteofit var, eklem boşluğunda olası daralma, 3 puan çoklu osteofit, eklem boşluğunda daralma ve olası kemik deformitesi, skleroz, 4 puan büyük osteofitler, eklem boşluğunda belirgin daralma, şiddetli skleroz ve belirgin kemik deformitesi olduğunda verilir. Geliştirilen bu radyolojik evreleme şeması belirtilerine bakmaksızın hastalığın şiddeti değerlendirilir (87).

2.2.5. Gonartroz Tedavisi

Gonartroz tedavisinde temel amaç, mevcut bulguları gidermeye yöneliktir. Hastalığın seyrini kesin olarak değiştirecek tek bir tedavi yöntemi yoktur (88). Uygulanan tedavi yöntemleriyle eklem ağrısını azaltmak bununla birlikte kuadriseps zayıflığı, kas atrofisi gibi durumlar sonucu gelişen hareket kısıtlılığını gidermek, eklem hasarının ilerlemesini durdurmak veya hafifletmek gibi semptomları minimum düzeye indirmek veya tamamen ortadan kaldırmak amaçlanmaktadır. Aynı zamanda komorbid durumların tespit edilerek tedavi farklı açılarla ele alınıp hastanın mümkün olan en kısa sürede yaşam kalitesinin düzelmesini sağlamak, bireylere hastalıkları hakkında gerekli eğitimleri vermeyi kapsamaktadır (55, 89, 90). Tedaviler her bir hastaya özgü planlanarak bireyselleştirilmiş bir bakış açısıyla yaklaşılmalıdır (91).

İlk kez 1993 ve 1995 yıllarında diz ve kalça osteoartriti için tedavi kılavuzları yayınlanmıştır. Osteoartrit önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tedavisinin çok faktörlü olması sebebiyle günümüze değin pek çok kez tedavi önerileri belirlenerek kanıta dayalı kılavuzlar yayınlanmıştır. Tedavi nonfarmakolojik, farmakolojik ve cerrahi olarak üçe ayrılır. 2019 yılında ACR tarafından yayınlanan rapora gören nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri bir arada kullanılmaktadır (92-94).

2.2.5.1. Nonfarmakolojik Tedavi

Egzersiz, kilo kaybı, tai chi meditasyonu, bireysler ve öz yönetim programları, baston şiddetle tavsiye edilen nonfarmakolojik yöntemlerdir (92-94). Hastanın ve ailesinin eğitimi tedavi planının ayrılmaz bir parçasıdır. Videolar, broşürler, haberler gibi ek eğitim materyalleri hasta

eğitimini daha etkin kılabilir. Periyodik telefon görüşmeleri yoluyla bireyselleştirilmiş sosyal destek sağlanmalıdır. z yönetimi gerçekleştiren bireylerde hastaneye başvuru sıklığında azalma, fiziksel aktivitede artış ve genel olarak yaşam kalitesinde iyileşme bildirmektedir (95).

Hareketsizlik kıkırdak dokusunun incelmesine, glikozaminoglikan içeriğinin azalmasına, kıkırdak mekaniği ve esnekliğinin bozulmasına neden olur. Fiziksel hareketliliğinin devamı mekanik ve fonksiyonel iyileşmenin yanı sıra komorbid durumlarda, düşme, sakatlık riskinde azalma, ruh halinde ve öz yeterliliğinde iyileşme sunar. Egzersiz rutinleri haftada en az üç gün önerilir, her hasta için bireysel hazırlanmalıdır (96). Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyon (TENS) düşük voltajlı elektrik akımı yüzey elektrodu ile deriye iletilerek ağrıyı giderir. Uygulama kolaylığı, yan etkisinin azlığı ve maliyetinin düşük olması nedeniyle gonartrozlu bireylerde çok tercih edilmektedir (97, 98). Termoterapi, günlük yürüyüşler, semptomların iyileşmesinde yardımcı olabilir. Tabanlık, sargı bandı kullanımı ağrıyı azaltmada yardımcı olabilir. Önleyici tedbirler kapsamında baston, yürüteç ve koltuk değneği kullanılabilir (99). Yoga, akupunktur gibi uygulamalar ve kaplıca tedavide olumlu sonuçlar verebilir (100, 101).

2.2.5.2. Farmakolojik Tedavi

Semptomların düzeyi, eşlik eden komorbid durumlar, terapiler, yan etkiler ve tedavinin maliyeti düşünülerek bireyselleştirilmiş farmakolojik tedavi uygulanır. Parasetamol ilk tercih edilen oral analjeziktir. Hafif ve orta dereceli bulgularda kullanılır. Belirli aralıklarla günlük doz miktarı 4 gr'ı geçmeyecek şekilde ayarlanmalıdır. Farmakolojik yöntemler arasında oral Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ), topikal NSAİİ'ler ve eklem içi steroid enjeksiyonu şiddetle tavsiye edilir (65, 92-94). Steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar, glukozamin ve kondroitin sülfat, opioidler, avokado ve soya fasulyesi özü, eklem içi hyaluronik asit enjeksiyonu, oral hyaluronik asit, stronsiyum ranelat, duloksetin, kapsaisin jel, omega-3 ve omega-6 yağ asitleri, çinko ve E vitamini takviyeleri tedavide etkili olabilir (65, 102, 17).

2.2.5.3. Cerrahi Tedavi

Nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri önceliklidir. Fonksiyonel yetersizliğin giderilerek hareket kabiliyetini tekrar sağlanmak, şikayetlerini azaltmak, yaşam kalitesini

arttırmak için cerrahi girişim uygulanır. Osteotomi, artroskopik girişimler, eklem çevresi kemik rezeksiyonları, eklem artrodezleri, artroplastiler cerrahi girişimlerdendir. Artroskopide eklem iç kısmındaki kıkırdak harabiyetleri giderilir. Osteotomide yük taşıyan yüzey değiştirilir. Total eklem replasmanı ise yapay eklem yerleştirme işlemidir (103, 104).

2.2.6. Gonartrozda Hasta Eğitimi

Dünya çapında gelişmekte olan pek çok ülkede yaşam süresi artmaktadır. 2047 yılına gelindiğinde yaşlı popülasyonunun çocuk popülasyonunu geçmesi beklenmektedir (105). Yaşam süresinin uzamasıyla beraber komorbid durumların görülme sıklığı artmakta, fiziksel ve zihinsel sınırlılık meydana gelmektedir. Tüm bu durumlar göz önünde bulundurularak standardize edilmiş bir bakımdan ziyade bireyleri tüm yönleriyle kapsayan, hastaların başa çıkma becerilerini geliştiren, öz bakım ve öz etkililiği destekleyen eğitimler planlanmalıdır. Gonartroz kronik bir hastalıktır ve bu sebepten dolayı hasta eğitimi tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (65, 106).

Bireylerin içinde bulunduğu durumla olumlu bir şekilde başa çıkabilmesi için ihtiyaçlarını ve beklentilerini, standartlarını karşılayabilecek durumda olması gerekmektedir. Fiziksel sağlık sorunları bireylerin bağımsızlık düzeylerini, gerçekleştirdiği inançlarını, çevre ile ilişkilerini, psikolojik durumunu etkileyen karmaşık bir süreçtir. Günlük yaşam rutinlerin de var olan aktivitelerin azalması bireylerin yaşamdan memnuniyetinin azalmasına ve dolayısıyla yaşamdan doyum almamasına sebep olmaktadır (107, 108). İyi hazırlanmış bir eğitim programının en erken sürede hastalara verilmesiyle tedavi sürecinde olumlu etkiler oluşturacağı ve komplikasyonları önleyeceği düşünülmektedir (88).

Eğitimlerde vücut ağırlığının normal sınırlarda tutulması gerekliliği, eklem koruma yöntemleri, egzersiz, yaşam tarzı değişiklikleri, tedavi yöntemleri, stres yönetimi gibi konular ve tüm bu tedavilerinin amaçları hastalara anlatılmalıdır. Gonartroz tanısına sahip hastalarda egzersiz önemli bir yer tutmaktadır. Bireylere kendi başlarına ve ev ortamında yapabilecekleri basit ev egzersizinin öğretilmesi; ağrının hafiflemesine, kasları güçlendirerek işlevselliğin ve nöromüsküler kontrolün artmasına bunlara bağlı olarak etkilenen dizdeki eklem hareketinin gelişmesine yardımcı olur. Özellikle erken bulgularda egzersizlerin bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde kayda değer etki gösterdiği saptanmıştır (18, 83, 109).

2.3. Hastalık Algısı Kavramı

Hastalık kavramı, hem nesnel hem de öznel boyutları içerisinde barındırdığından bireyler aynı hastalık durumu ile karşılaştığında farklı yaklaşımlar sergilemektedir. Hastaların yaşamındaki deneyimler, inançları, bilişsel süreçleri, yaşı, değerleri, cinsiyeti bu farklılığı oluşturan faktörler arasındadır. Aynı zamanda bireylerin içinde bulunduğu ekonomik koşullar ve kültürel yatkınlıklar da hastalık algısını etkilemektedir. Hastalık algısı kavramı, teşhis konulmuş hastaların hastalığa dair belirtileri hakkındaki inanışlarını, algılanan sonuçlarını, hastalığın iyileşme ve kontrol altında tutma sürecini, olası nedenleri ile ilgili geliştirdikleri bir duygusal ve bilişsel tepki modelidir. Kronik hastalığı olan bireylerde hastalık algısı fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesini etkilemektedir. Bireyler hastalığa uyum sağlamaya çalışırken benimsedikleri baş etme stratejileri ve tıbbi tedavi yükü birbiriyle bağlantılıdır (35, 110-115).

Hastalık algısının bireylerde psikolojik durumu, ilaca uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye karşı geliştirdiği psikososyal tepkiyi etkilediği belirlenmiştir. Bireyler yaşadığı çevreyi kendi sağlık durumuna göre değiştirmelidir. Bireylerin sağlığını koruyup geliştirmek için davranışlarını kontrol edebilme inancı ve algısının yüksek olması gerekmektedir. Ayrıca hastalık algısı tedavi süreci ve sonuçlarını, baş etme yöntemlerini etkilemektedir. Tüm bu durumlar düşünüldüğünde hastalara daha verimli tedavi sunabilmek için içinde bulunduğu hastalık durumunu nasıl algıladığını bilmek gerekir (33, 116).

Hastaların durumları hakkındaki algılarının ne olduğunu bilmek endişelerini ve mevcut risk faktörlerini giderebilme, tedaviye uzun vadede bağlılığı sağlama, motivasyonu artırma, sağlık bakım profesyonelleri için kapsamlı bir bakış açısı geliştirmede etkili olacaktır (117).

Hastalık algısı kavramı; hastaların kimliği, nedensel inançlar, zaman çizelgesi inançları, kontrol veya tedavi hakkındaki inançlar ve sonuçlar olmak üzere birbiriyle ilişkili beş ana bileşenden oluşmaktadır. Bunlar;

Hasta Kimliği: Birçok birey toplumda yaygın görülen hastalıkların belirtileri hakkında bir fikre sahipken nadir görülen hastalıklar hakkında bir fikre sahip değildir. Hastalar tanı aldıklarından itibaren hastalığa karşı birbirlerinden farklı bakış açısı geliştirirler.

Nedensel İnançlar: Hastalar tanı konulması ile beraber hastalığın oluş sebebini farklı şekillerde açıklamaktadırlar. Nedensel inançlar hastalıkların tedavi türlerini etkiledikleri için önemlidir.

Zaman Çizelgesi: Bireylerin içinde bulunduğu hastalık durumları akut ve kronik olması nedeniyle bir dönüşümü göstermektedir. Bu dönüşüm süreci zaman çizelgesi inançlarını etkiler. Kronik hastalığı olan bireyler akut hastalığı olanlara göre tedavilerine daha çok bağlı kalırlar.

Kontrol veya Tedavi Hakkındaki İnançlar: Kontrol inançları hastalığın nasıl olduğuyla ilgilidir. Tedavi ile hastalıklarını ne kadar kontrol edebileceği bireylerin bu durumdaki duyarlılığına bağlıdır.

Sonuçlar: Hastalık algısının son bileşeni hastalığın etkilerini kapsayan hastalık ile ilişkilendirildikleri sonuçlardır. Bireylerin yaşam biçimlerinde, işinde, aile yapısında hastalığın etkileri ile yaşayabileceği değişikliklerdir (35).

2.3.1 Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı

Osteoartritin en yaygın görülen tipi olan gonartrozun toplumda sık görülmesiyle beraber önemi giderek artan bir sağlık sorunudur. Osteoartrit kronik ağrı ve fonksiyonel yetersizlik ile karakterize çok yönlü bir hastalık olması, hastaların bunun yanında psikolojik sıkıntılar yaşaması yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (5, 118).

Bireyler hayatları boyunca bazı belirsizlikler yaşayabilirler. Hastalıkta yaşanan bu belirsizlik durumları arasında bilgi eksikliği, öngöremediği bulgular, hastalığa dair açıklamaların yeterince anlaşılır olmaması gibi sebeplerden hastalıklarıyla ilgili olayların anlamını belirleyemez ve farklı algılar geliştirebilirler (119, 120).

Bireylerin yaşı, karakteristik özellikleri, rol ve sorumlulukları, dini inancı, önceki sağlık yaşantısı, tıbbi yöntemler hakkındaki bilgisi, ekonomik durumu, kültürel çevresi, bulunduğu coğrafya, çevresindeki insanların bakış açısı gibi faktörler hastalığa karşı oluşturdukları algıyı ve hastaların verdiği tepkileri etkiler. Hastaların hastalığa dair oluşturdukları algısının pozitif şekilde değiştirilmesi hastaların endişelerin üstesinden gelebilmeyi, oluşturdukları kaygı,

korku, öfke, çaresizlik, gerginlik, depresyon gibi durumla baş edebilmeyi ve doğru kararlar verebilmeyi sağlar (119, 120, 123).

Bireylerin hastalıklarına karşı oluşturdukları inançları ve zihinsel şemaları bireylerin akıl ruh sağlığını hastalıkla baş etme yöntemlerini, duygusal tepkilerini, kognitif temsillerini, hastalığın seyrini doğrudan etkiler. Fiziksel hastalıkları olan bireylerde hastalık algısı kavramının belirlenmesi fizyolojik, psikolojik ve sosyal durumunda yaşadığı zorlukların anlaşılmasını, tedavi edilmesini ve yaşam kalitesinin artırılmasını sağlar (114, 121-123).

Hastalık algısının osteoartritli hastalarda öz-yönetimi etkilediği tespit edilmiştir. Uzun süren hastalıklar ağrı, beden imajında bozulma, ilaçlar, tedavi gibi pek çok stres unsurunu da beraberinde getirir. Bireylerin içinde bulunduğu hastalık durumunun nasıl algılandığını bilmek etkili bir tedavi planı için önemlidir. Bireylerin bilgi ve becerileri güçlendirilerek sorunlarla baş edebilen öz bakım ve öz etkililik algısını arttırarak yaşam kalitesini sağlamak sağlık bakımının amaçları arasındadır (33, 120, 124, 125). Hemşireler multidisipliner bir yaklaşımla hastalık algısını değerlendirip, bireylerin hastalığı kabullenmesi, yaşam düzeninin uygun şekle getirilmesi, bireylerde var olan ağrının giderilmesi veya hafifletilmesi, hareketliliğin sağlanarak bağımsızlığın desteklenmesi, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için uygun girişimlerde bulunur (47, 124). Hastalara verilecek olan eğitimlerle bireylerin var olan hastalık algısı değiştirilebilir (108).

2.4. Hemşirelik Bakımı Kavramı

Psikolojik, fizyolojik, biyolojik ve sosyal yönü olan insan yaşamının pek çok aşamasında varlığını sağlamak ve geliştirmek adına bakım kavramına gereksinim duyar (126). Türk Dil Kurumu bakımı, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak açıklamaktadır (127).

Kendi gereksinimini karşılayabilecek gücü ve bilgisi olmayan bireylerin en mahrem yönlerini bakım verici olan kişiye açması bakımı ahlaki değerlere dayandıran bir ilişkiye dönüştürmektedir. Bakım önemli bir zaman alan, emek gerektiren ve iletişim odaklı bir süreçtir. Hemşireler uygulama ve araştırmaların düzenlenmesinde rehberlik eden inanç,

mesleki değer, amaç, tutum ve hemşireliğin kuramsal içeriği doğrultusunda, planlı bir şekilde hastalara bakım verirler (126, 128, 129).

Hemşirelik tarihinin en eski ve temel rolü bakım vericiliğidir ve hemşirelik uygulamalarının merkezindedir. Toplum hemşirelere yeterli ve kaliteli bakım sorumluluğu yüklemektedir. Hemşirelik bakımının toplumdaki algısı bakımın yeterlilik ve kalitesine göre değişkenlik gösterir. Hemşirelik bakımı öncelikle hemşirenin sorumluluğunda olmakla beraber sağlık kurumlarının politikasına, örgüt yapısına, diğer sağlık profesyonelleri ile arasındaki iletişime, sağlık kaynaklarının dağılımına ve sağlık sisteminin yapısı gibi pek çok faktöre bağlıdır (126).

Hemşireler bakımı bilimsel bilgiler çerçevesinde ve özelleşmiş tekniklerle sunulur. Hemşireler bakımı sunarken ahlaki yükümlülüklere dikkat ederek, etkin bilgi ve becerileri ile bireyin gereksinimlerine yönelik, mesleki ilkelere dikkat ederek, hastaların haklarının bilincinde bir anlayişla, bilişsel, duyuşsal ve fiziksel emekle, tedavi edici bu süreci gerçekleştirir (126). Hemşireler hastaların güçlü ve zayıf taraflarını, baş etme mekanizmaları ve evre koşullarını bilerek hastanın ve ailesinin sorunlarıyla baş edebilme yöntemleri konusunda destekler. Psikomotor, duyuşsal, bilişsel becerilerle vermiş olduğu bakımı en üst seviyede sunarlar. Hemşireler hastaların durumunu sürekli takip ederek bireyin ihtiyaçlarına yönelik bireysel, nitelikli, mantık çerçevesinde, sistematik bir şekilde bakımı gerçekleştirirler. Diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde tedavi edici girişimleri planlar ve bakımın koordinasyonunu sağlar (39, 130, 131).

2.4.1. Gonartrozlu Bireylerde Hemşirelik Bakımı

Hemşireler sağlık alanında önemli rollere sahiptir. Hemşireler hastalara bilgi, tutum ve becerileri kazandırarak sağlıklarını geliştirirler. Verdikleri eğitimlerle bilginin önemini vurgular, davranış biçimi haline dönüşmesi için model olurlar (132).

Gonartrozda en belirgin semptom ağrıdır. Ağrı bireylerde fiziksel yetersizliklere sebep olur ve beraberinde yaşam kalitesini düşürmektedir. Bireylerde tedavi edilmeyen ağrı hastanelere başvurmaları arttırmaktadır. Bundan dolayı ağrının kontrol altında tutulması önemlidir. Hemşireler hastalarla en fazla vakit geçiren sağlık ekibi üyesidir. Bu yüzden hastaların ağrı ile baş etme yöntemlerini ve önceki deneyimlerini bilir, planlanan tedaviyi uygular, gerekli

eğitimleri verir ve empatik yaklaşım sergiler. Ağrının kontrol altına alınması ile işlev bozuklukları ve toplumsal maliyet azalır, yaşam kalitesi daha iyi hale gelir (100, 133).

Gonartrozlu bireylerde meydana gelen ağrı, hareket kısıtlılığı gibi fizyolojik semptomların giderek artmasına neden olur. Zamanla bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremezler ve beraberinde psikolojik ve sosyal açıdan da sıkıntı yaşarlar. Loper, Logan ve Tierney'in söz ettiği gibi bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımıyla bireyin yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştirmesine yardımcı olmak hemşirelik girişimlerinin amacıdır. Bakımı üstlenen hemşirelerin bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ne ölçüde yerine getirdiklerini belirlemeleri gerekmektedir. Gonartrozu olan bireylerde aynı zamanda kinezyofobinin olduğu bu sebepten günlük yaşam aktiviteleri sırasında korku yaşamakta ve beraberinde hareket kısıtlılıklarının artması kaçınılmazdır. Kinezyofobi klinik sonuçları etkilemektedir. Hastaların içinde bulunduğu tüm bu durumlar düşünülerek bakımın bütün aşamalarında bütüncül bir yaklaşım sergilenmelidir (47, 134, 135).

Tedavide kullanılacak ilaçların etki ve yan etki konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. Hemşireler hastaların reçeli ve reçetesiz kullandıkları ilaçlar konusunda bilgi toplamalı, herhangi bir bitkisel takviye kullanıp kullanmadığı konusunda bireyi sorgulamalıdır. Mevcut olan belirtileri yönetme ve baş etme mekanizmaları hastalara öğretilmelidir. Etkilenen diz eklemi sıcaklık, ağrı, hassasiyet ve ödem yönünden değerlendirilmelidir. Hastaların uyku sırasında konforunu sağlayacak pozisyonu bulması konusunda destek olmalıdırlar. Beden Kitle İndeksi 28'in üzerinde olan hastalar diyetisyene yönlendirilmelidir. Hastalığın uzun sürmesi hasta ve yakınlarına zorluk yaratır. Hasta ve yakınları endişelerini ve sorunlarını dile getirmek için desteklenmelidir. Bireylerde ağrıyı azaltıp bağımsızlığı sağlamak ana amaç olsada hastaların hareket kabiliyetleri sürekli gözlemlenmeli, düşme ve yaralanma konusunda gerekli müdahalelerde bulunulmalıdır. Yardımcı cihazlar ve egzersiz rutinleri konusunda fizik tedavi uzmanlarına yönlendirilmelidir (63, 136).

2.5. Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı ile Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki

Hastalık insanları sadece psikolojik, sosyal ve ruhsal yönden etkilemekle kalmayıp korku, endişe ve güçsüzlük duygularını da beraberinde getirmektedir. Sağlık profesyonelleri arasında hasta ile en fazla zaman geçiren hemşireler hastalarının tüm yönlerini görebilmektedir (126).

İnsanlar hayatlarının herhangi bir aşamasında hemşirelik bakımına gereksinim duyarlar. Florance Nightingale, hemşirelik bakımını “bireyin yaşamından sorumlu olmak” şeklinde ifade etmiştir. Dolayısıyla hemşireler sağlıklı bireylerin sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme, hasta bireyin ise iyileştirme sürecinde önemli rol oynamaktadır. Kaliteli genel sağlık hizmetinin sunulabilmesi için hemşirelerin gerekli bilgi ve becerilere sahip olması bakımın insani ve ahlaki yönünün farkında olması, mesleki becerilerini geliştirerek meslek ahlakına uygun davranması gerekmektedir (39, 137).

Hasta merkezli bakım sağlamak için bireylerin hastalığı anlamlandırma biçiminin hemşireler tarafından bilinmesi tedaviyi olumlu yönde etkileyecektir (110). Hastanın hastalığa karşı geliştirdiği inanç ile bakımı üstlenen hemşireler arasındaki inanç çok farklı olabilir. Hastalar görülen belirtilere karşı, tedavinin süresi, hastalığı oluşturan risk faktörleri, tedavinin yan etkileri hakkında yanlış inançlara sahip olabilir. Tüm bu süreçler bireyin risk azaltıcı davranış biçimini, emosyonel tepkilerini, başatme biçimini, yaşam kalitesini etkilemektedir (112).

Hemşirelik bakım algısının bilinmesi hemşirelik mesleğinin güç kazanmasını sağlayacak, bakımın kalitesi ve sürekliliği artacaktır (128). Kaliteli hemşirelik bakım verebilmek için mesleğe özgü bilimsel bilgi ve beceri eksikliğini gidererek zarar verme riskini ortadan kaldırmış veya en aza indirgenmiş olunacaktır (126).

Hemşirelik felsefi gereği bakımı sunarken hemşireler bireylerin onuruna, saygınlığına, inançlarına, değerlerine, tutumlarına, isteklerine, beğenilerine, bireyselliğine ve haklarına saygı duyarak hareket etmelidirler. Her bireyin geçmiş deneyimlerinin farklı olması uygulamada bakımı bireyselleştirir ve bu durum hemşirelik bakımının kalitesini artırır ve hasta memnuniyet düzeyini etkiler (129). Bireyin hastalık algısını bilmek onların hemşirelik bakımından beklentilerini belirler. Hastalık algısının hastanın hemşirelik bakım algısını

etkileyecektir. Hastalık algısını bilmek hemşirelik bakım kalitesini etkileyeceği düşünülmektedir.

2.6. Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı ve Hemşirelik Bakım Algısı ile İlgili Çalışmalar

Ülkemizde gonartrozu ve osteoartritte hastalık algısını inceleyen çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır (138, 139). Hastanın hemşirelik bakım algısını ölçen çalışmalar mevcuttur (140-142). Ancak gonartrozlu bireylerde hastalık algısı ile hemşirelik bakım algısı arasındaki ilişkiyi ölçen araştırmaya rastlanmamıştır. Bireylerin hastalık algısı ile hemşirelik bakımını algılama düzeyleri sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerini etkilemektedir (31, 143). Bu doğrultuda hemşireler hastalık algısı ve hemşirelik bakım algısını düzenli olarak değerlendirmek hemşirelik hizmetinin kalitesini artmasını sağlayacaktır.

3. MATERİYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma gonartrozlu bireylerde hastalık algısı ile hemşirelik bakım algısı arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlı tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kırşehir İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde ve Ortopedi servisinde gonartroz tanısı ile yatarak tedavi gören hastaları kapsamıştır. Araştırma 27.09.2022- 27.04.2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, 27.09.2022-27.04.2023 tarihi arasında sözü edilen birimlerde yatan 330 gonartroz tanısı almış hastaları kapsamaktadır. Araştırmanın örnekleme belirlenmeden önce örneklem grubu büyüklüğü ve güç analizi G*Power istatistik yazılımı kullanılarak hesaplanmıştır. Gonartrozlu bireylerin hemşirelik bakım algısı primer sonuç parametresi olarak değerlendirilmiş ve önceki araştırmalarda (144-147) hesaplanan tahmini etki büyüklüğü 0.24 olarak hesaplanmıştır. Sözü edilen tarihte yatan hasta sayısı 330'dur. Böyle bir evrene genelleme yapabilmek 0.05 sapma ve 0.05 güven aralığında en az 178 kişiye ulaşmak yeterlidir. Araştırma kapsamında 193 gonartrozlu bireye ulaşılmıştır. Bu bağlamda hedeflenen örneklem büyüklüğü ile araştırmanın ulaşılabilen evrenine genelleme yapma noktasında yeterli sayıda veri toplanmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- Gonartroz tanısı almış olmak,
- 18 yaş üstü olmak,

- Sözel iletişim kurabilen,
- İletişim sorunu olmayan,
- Karar vermesini etkileyen bir psikiyatrik sorunu olmayan ve
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Gonartrozlu bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği ile Hastanın Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeğinden elden edilecek sonuçlar, araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; katılımcıların tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgisi oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama sürecinde üç farklı ölçme aracı kullanılmıştır. Bunlar;

- Hasta Bilgi Formu (HBF) (EK 1)
- Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (EK 2)
- Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ) (EK 3)

3.5.1. Hasta Bilgi Formu (HBF)

Çalışma örnekleminde yer alan gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgisi belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (4, 47, 102, 124, 148). Hasta bilgi formunda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, yaptığı iş, yaşadığı yer, gelir durumu, kimlerle yaşadığı, günlük aktivitesi, sigara, alkol, madde kullanma durumu, beden kitle indeksi (BKI), gonartroz tanı süresi, gonartroza ilişkin bilgisi, dizinden ameliyat olma, yardımcı cihaz kullanımı,

gonartroza eşlik eden kronik hastalık durumu, gonartrozdan dolayı yaşadığı şikâyetler olmak üzere toplam 19 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Fiziksel hastalıklarda hastalık algısını değerlendirmek amacıyla Weinmann (1996) tarafından geliştirilmiştir. Moss-Morris ve arkadaşları (2002) tarafından ise yenilenmiştir. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlilik- güvenilirlik çalışmaları Kocaman ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastalık tipi, hastalık hakkında görüşler ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmuştur. **HAÖ-I (Hastalık tipi)** boyunda 14 belirti yer almaktadır. Bireylere öncelikle sözü edilen belirtileri *hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı* devamında bu belirtileri *hastalığı ile ilgili görüp görmediği* soruları sorulur. Soruların her birine evet-hayır şeklinde cevaplar verilir. İkinci sorudaki evet cevaplarının toplamı bu boyutun değerlendirme sonucunu oluşturur. Hastalık tipi boyutunun Kuder-Ricardson iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak hesaplanmıştır. **HAÖ-II (Hastalık hakkındaki görüşler)** boyutu, beşli likert tipi ölçüm (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılarak toplam yedi faktörden (süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsillerden oluşmaktadır. **Süre (akut/kronik);** hastalığın akut veya kronik olduğunu ölçen sorular (1, 2, 3, 4, 5, 18) vardır. Puanın yüksek çıkması hastalığın kronik olduğu inancının var olduğunu gösterir. **Sonuçlar;** bireyin hastalığın şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını ölçen sorular (6, 7, 8, 9, 10, 11) vardır. Yüksek puan alınması halinde bireylerde olumsuz sonuçlar oluşturduğu, hastalığın ciddi sonuçlar barındırdığı fikri vardır. **Kişisel kontrol;** bireyin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırmak (12, 13, 14, 15, 16, 17) amaçlanmıştır. Bu faktördeki yüksek puan, bireyin hastalığını kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlar var olduğunu gösterir. **Tedavi kontrolü;** uygulanan tedavinin etkinliğine dair inançları ölçen sorular (19, 20, 21, 22, 23) vardır. Yüksek puan alınması durumunda bireyde tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançların var olduğu anlamına gelir. **Hastalığı anlayabilme;** hastalığı ne kadar anladığını ya da kavradığını (24, 25, 26, 27, 28) araştırılır. **Süre (döngüsel);** hastalığın döngüsel olduğuna dair düşüncesi ölçen sorular (29, 30, 31, 32) vardır. Yüksek puan alınması halinde hastalığın tekrarlanabileceği

düşüncesi hâkimdir. **Duygusal temsiller;** faktörü bireylerin hastalığa dair çökkün, üzgün, öfkeli, endişeli, kaygılı ve korkulu hislerini ölçen sorular (33, 34, 35, 36, 37, 38) barındırır. Bu faktörler ise toplam varyansın %50.5'ini açıklamakta ve maddelerinin faktör yükleri 0.31-0.68 arasında değişmektedir. HAÖ'nin hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunda yer alan tüm alt testlerin Cronbach Alfa değerleri 0.60 ile 0.85 arasında değişmektedir. **HAÖ-III (Hastalık nedenleri)** boyutu ise psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağıklık ve kaza-şans olmak üzere dört faktörden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçüm (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Maddelerinin faktör yükleri ise 0.30-0.66 arasında değişmektedir. Ölçeğin bu boyutu toplam varyansın %52.3'ünü açıklamaktadır. Üçüncü bölümünde iç tutarlılığı test edilmiş ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayıları 0.41-0.78 arasında değişmektedir (33).

Bu araştırma kapsamında ölçme aracının her bir bölümü için iç güvenilirlik katsayıları yeniden hesaplanmıştır. HAÖ'nin güvenilirlik düzeyi sonuçları Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1: Hastalık algısı ölçeğine ait güvenilirlik düzeyleri.

	Madde Sayısı	Cronbach Alpha / Kuder Richardson-20
HAÖ-I (Hastalık tipi)	14	0.76
HAÖ-II (Hastalık hakkındaki görüşler)	38	0.60
HAÖ-III (Hastalık nedenleri)	18	0.69

Tablo 3.1 verilerine göre HAÖ'nin HAÖ-I (Hastalık tipi) için Kuder Richardson-20 iç güvenilirlik katsayısı bu çalışma verileri bağlamında 0.76; HAÖ-II (Hastalık hakkındaki görüşler) için Cronbach Alpha iç güvenilirlik katsayısı 0.60 ve HAÖ-III (Hastalık nedenleri) için Cronbach Alpha iç güvenilirlik katsayısı 0.69 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler her bir bölümde yer alan ölçeklerden elde edilen verilerin güvenilir sonuçlar vereceğini ve kabul edilebilir güvenilirlik düzeylerine sahip olduklarını göstermektedir (151).

3.5.3. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ)

Araştırmada gonartrozlu bireylerin hemşirelik bakımından memnuniyet durumunu saptamak için kullanılmıştır. Ölçeğin orijinali Dozier vd. (2001) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe'ye

uyarlaması Çoban ve Kaşıkçı (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek, beşli likert tipinde olup 15 maddeden oluşmaktadır. Likert aralıkları; katılıyorum=5, biraz katılıyorum=4, kararsızım=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1 ve yanıtı=0 şeklindedir. Katılımcılar ölçekten en az 15, en fazla 75 puan alınabilmektedir. HHBAÖ, tek faktörlü bir yapıdadır. Madde toplam korelasyon katsayılarının 0.36- 0.74 arasında değişmektedir.

Bu araştırmada kapsamında HHBAÖ ölçme aracının geneli için iç güvenilirlik katsayıları yeniden hesaplanmış ve güvenilirlik düzeyi sonuçları Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2: Hemşirelik bakımını algılayışı ölçeğine ait güvenilirlik düzeyleri.

	Madde Sayısı	Cronbach Alpha / Kuder Richardson-20
HHBAÖ Toplam	15	0.96

Tablo 3.2 verilerine göre HHBAÖ’nin toplam Cronbach Alpha iç güvenilirlik katsayısı 0.96 olarak hesaplanmıştır. Bu değer ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir sonuçlar vereceğini ve kabul edilebilir iç tutarlılık düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (151).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının kullanımı ile ilgili gerekli izinler ölçekleri uyarlayan ve geliştiren araştırmacılara ulaşılarak alınmıştır (EK 4; EK 5). Bu aşamanın ardından kurum izni ve Etik Kurulu onayı alınmıştır. Ölçme araçlarından elde edilen verilerin güvenilirliğini arttırmak için çalışma örnekleminde yer alan ve hastalık tanısı konmuş gonartrozlu bireyler ile yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Her bir hasta ile yaklaşık olarak 20-25 dakika süren görüşmeler yapılmıştır. Bu süreçte öncelikle tanılayıcı özellikleri ve sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgiler toplanmış ve gonartrozlu bireylerin hastalık algıları ve hemşirelik bakımını algılamaları ile ilgili ölçme araçları hastalara uygulanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış, hatalı ve eksik kodlanan yedi veri, analiz kısmına dâhil edilmemiş olup, toplam 193 veri üzerinden veri analizi yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizinde betimsel ve ilişkisel veri analizi teknikleri birlikte kullanılmıştır. Gonartrozlu bireylerin; tanıtıcı özelliklerini belirlemek için frekans (f), yüzde (%), ortalama (\bar{x}) ve standart sapma (SS) değerleri kullanılmıştır. İlişkisel veri analizinden verilerin homojenliğine bakılmış ve verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogrow-Smirnov testi ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılımları ile ilgili bulgulara Tablo 3.3’ te yer verilmiştir.

Tablo 3.3: Normallik dağılım varsayımları.

	Alt boyutlar	\bar{x}	Medyan	Mod	SS	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov
Hastalık Tipi (HAÖ-I)		3.19	3.00	1.00	1.835	.707	.168	.152;p=.000<.05
	Süre (akut.kronik)	18.83	18.00	18.00	5.49	.207	-.611	.110;p=.000<.05
	Sonuçlar	19.94	20.00	20.00	3.22	.000	.489	.097; p=.000<.05
	Kişisel kontrol	20.67	22.00	23.00	3.42	-.795	.724	.168; p=.000<.05
Hastalık Hakkındaki Görüşleri (HAÖ-II)	Tedavi kontrolü	17.93	18.00	20.00	3.23	-.433	-.256	.125; p=.000<.05
	Hastalığı anlayabilme	12.70	12.00	10.00	4.81	.262	-.813	.169; p=.000<.05
	Süre (döğüsel)	9.81	10.00	12.00	2.29	-.010	-.486	.140; p=.000<.05
	Duygusal temsiller	21.31	24.00	30.00	7.80	-.572	-.943	.189; p=.000<.05
	Psikolojik atıflar	15,2021	14,00	12,00	4,11	.341	-.421	.133p=.000<.05
Hastalık Nedenleri (HAÖ-III)	Risk faktörleri	15.69	16.00	16.00	3.59	.190	-.037	.130p=.000<.05
	Bağışıklık	5.76	5.00	3.00	2.49	.546	-.568	.161p=.000<.05
	Kaza-Şans	4.80	5.00	6.00	1.96	.501	-.101	.121p=.000<.05
Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği(HHBAÖ)		63.94	70.00	75.00	13.00	-1.627	2.422	.198; p=.000<.05

Tablo 3.3’te, gonartrozlu bireyler HAÖ’nin alt boyutları olan hastalık tipi, hastalık nedenleri ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeklerinin genel olarak ortalamaları, mod ve medyan değerlerinin birbirine yakın olmadığı, çarpıklık değerlerinin 1.716 ile -1.626 arasında ve basıklık değerlerinin 3.967 ile -1.303 arasında değiştiği görülmektedir. Kalaycı’ya (2010) göre normal dağılım simetriktir ve aritmetik ortalama, mod ve medyan değerleri birbirine

eşittir. Araştırma verileri incelendiğinde de ortalama, mod ve medyan değerinin birbirine yakın olmadığı görülmektedir. Ayrıca literatürde basıklık ve çarpıklık değerleri ile ilgili Tabachnick ve Fidell'e (2007) göre +1.5 ile -1.5 arasında değişmesi normal dağılım için yeterlidir. Ancak bu araştırma verileri ile ilgili basıklık-çarpıklık değerleri bu aralıklar arasında yer almamaktadır. Kolmogorov-Smirnov değerleri ise tüm ölçekler ve alt boyutları için istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Tüm bu bulgular araştırma verilerinin normal dağılım göstermediğini ve parametrik testler için temel varsayımların sağlanmadığını göstermektedir. Bu kapsamda aşağıdaki analizler kullanılmıştır:

- Cinsiyet, medeni durum gibi iki gözenekli değişkenlerine göre gonartrozlu bireylerin hastalık algısı, hastanın hemşirelik bakım algılayışı ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U kullanılmıştır.
- Öğrenim durumu, meslek ve gelir durumu gibi ikiden fazla gözenekli değişkenlerine göre gonartrozlu bireylerin hastalık algısı, hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.
- Gruplar arası anlamlı farkın kaynağı çoklu karşılaştırma testi (multiple comparison) yapılarak belirlenmiştir.
- Gonartrozlu bireylerin hastalık algısı ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde Spearman Brown Sıra Farkları korelasyon katsayısı tekniği kullanılmıştır.

Gonartrozlu bireyler hastalık nedenleri ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı düzeylerinin değerlendirilmesinde grup değer aralıkları tespit edilmiş ve ortalamalar yorumlanmıştır. Bu süreçte; $a = \frac{R_{anj}}{\text{Yapılacak Grup Sayısı}}$ formülü kullanılmıştır (155). Hesaplanan değerlendirme aralıklarına Tablo 3.4'te yer verilmiştir.

Tablo 3.4: Ölçeklerin puanlandırılması için verilen ağırlık grupları.

	Verilen Ağırlık	Nitelik grubu	Sınırı
Hastalık Tipi Alt Boyutu	1	Evet	-
	0	Hayır	-
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutu/ Hastalık Nedenleri Alt Boyutu	5	Kesinlikle böyle düşünüyorum	5.00- 4.20
	4	Böyle düşünüyorum	4.19- 3.40
	3	Kararsızım	3.39-2.60
	2	Böyle düşünmüyorum	2.59-1.80
	1	Kesinlikle böyle düşünmüyorum	1.79-1.00
Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği	5	Katılıyorum	5.00- 4.20
	4	Biraz katılıyorum	4.19- 3.40
	3	Kararsızım	3.39-2.60
	2	Katılmıyorum	2.59-1.80
	1	Kesinlikle katılmıyorum	1.79-1.00

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.09.2022 tarih ve 2022-17/160 karar nolu kurul onayı (Ek 6) ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma Komisyonu'nun E-42884709 020 gerekli yasal izinler alınmıştır (EK 7). Hastalara, araştırmaya katılmakta özgür oldukları, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklanmış ve onamları alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıp “gizlilik ilkesine” bağlı kalınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, 2022-2023 yıllarında Kırşehir İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi ve Ortopedi servisine başvuran gonartroz tanısı almış

bireyler ile sınırlıdır. Ayrıca araştırma verileri araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçları ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları, sadece bu araştırmada yer alan katılımcılara genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde; gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgileri, hastalık algısı, hemşirelik bakımı algısı ve hastalık algısı ile hemşirelik bakım algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgulardan söz edilmiştir.

Tablo 4.1: Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özellikleri (n=193).

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	%
Yaş (ort±SS= 67.11±8.30, min=44, max=85))	40-59 yaş	31	16.1
	60-79 yaş	149	77.2
	80 yaş ve üstü	13	6.7
Cinsiyet	Kadın	151	78.2
	Erkek	42	21.8
Eğitim durumu	Okuryazar değil	45	23.3
	Okuryazar	47	24.4
	İlkokul	77	39.9
	Ortaokul	11	5.7
	Lise ve üstü	13	6.7
Medeni durum	Evli	141	73.1
	Dul	49	25.4
	Bekâr	3	1.5
Yaptığı iş	Ev hanımı	144	74.6
	Emekli	22	11.3
	Çiftçi	15	7.4
	Esnaf	12	6.2
Yaşadığı yer	Köy	59	30.6
	İlçe	36	18.6
	İl merkezi	98	50.8
Gelir durumu	Geliri giderinden az	40	20.7
	Geliri giderine denk	141	73.1
	Geliri giderinden fazla	12	6.2
Kimlerle yaşadığı	Eşi ile	113	58.5
	Yalnız	33	17.1
	Eş ve çocuklarla	25	13.0
	Çocuklarla	22	11.4

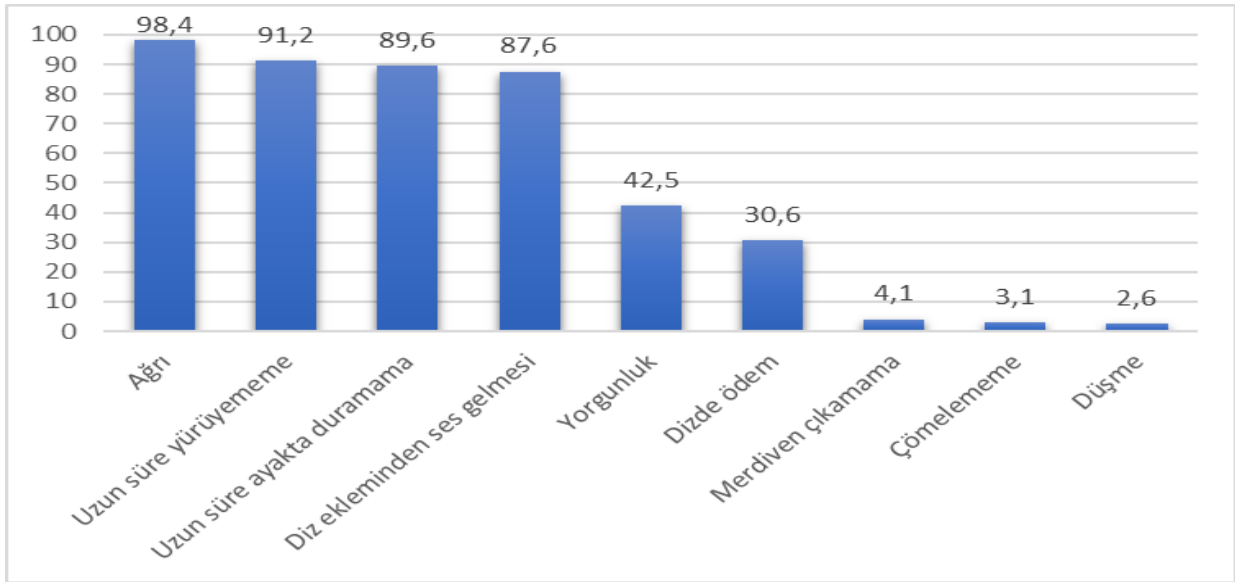
Bireylerin %77.2'si 60-79 yaş aralığında, yaş ortalaması 67.11, %78.2'si kadın, %39.9'u ilkokul mezunu, %73.1'ievli olup, %74.6'si ev hanımıdır. Bireylerin %50.8'i il merkezinde

yaşamaktadır. Bireylerin çoğunluğunun geliri giderine denk (%73.1) olup, %58.5'i eşleri ile yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Gonartrozlu bireylerin sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgileri (n=193).

Sağlık Durumları ile Gonartroza İlişkin Bilgiler	Sayı	%	
Günlük aktivite durumu	Kötü	46	23.8
	İyi	124	64.3
	Çok iyi	23	11.9
Sigara kullanımı	Hayır	146	75.6
	Bırakmış	34	17.7
	Evet	13	6.7
Alkol kullanımı	Hayır	188	97.4
	Bırakmış	5	2.6
	Evet	-	-
Beden Kitle İndeksi	19-24 normal	12	6.2
	25-30 fazla kilolu	65	33.7
	31-40 şişman	103	53.4
	40 üzeri çok şişman	13	6.7
Gonartroz tanı süresi	0-5 yıl	81	42.0
	6-10 yıl	67	34.7
	10 yıl üzeri	45	23.3
Gonartroza ilişkin bilgisi	Var	32	16.6
	Kısmen	144	74.6
	Yok	17	8.8
Dizinden ameliyat olma durumu	Geçirmedi	111	57.5
	Geçirdi	82	42.5
Yardımcı cihaz kullanma durumu	Kullanmıyor	123	63.7
	Kullanıyor	70	36.3
Gonartroza eşlik eden kronik hastalık durumu	Var	137	71.0
	Yok	56	29.0

Bireylerin %64.3'si günlük aktivite durumlarını iyi olarak ifade etmiştir. Bireylerin %75.6'sının sigara, %97.4'ünün alkol ve tamamının sakinleştirici madde kullanmadıkları belirlenmiştir. Bireylerin %53.4'ü 31-40 BKİ'sına göre şişman olduğu, %42'si 0-5 yıl gonartroz tanısı aldığı, %74.6'sı ise hastalık hakkında kısmen bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %57.5'inin herhangi bir diz ameliyatı geçirmediği, %63.7'sinin yardımcı cihaz kullanmadığı, %71'inin gonartroza eşlik eden kronik hastalığının olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).



Şekil 4.1: Gonartrozlu bireylerin hastalık şikâyetleri ile ilgili bulgular (n=193).

Bireylerin hastalıklarına ilişkin şikâyetlerine ile ilgili bulgulara Şekil 4.1'de yer verilmiştir. Buna göre; en fazla ağrı (%98.4), uzun süre yürüyememe (%91.2), uzun süre ayakta duramama (%89.6), diz ekleminden ses gelme (%87.6), yorgunluk (%42.5), ödem %30.6, merdiven çıkamama (%4.1), çömelememe (%3.1), düşme (%2.6) şikâyetlerinin olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1).

HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç alt bölümden oluşmaktadır. Gonartrozlu bireylerde hastalık algısı ile ilgili bulgular ölçeğin her bir boyutu ayrı ayrı ele alınarak verilmiştir.

Tablo 4.3: Gonartrozlu bireylerin hastalık algısı alt boyutundan hastalık tipine ilişkin bulguları (n=193).

	Sıra	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım				En fazla görülen belirti sırası	Bu belirti hastalığımla ilgili olduğunu düşünüyorum			
		Evet		Hayır			Evet		Hayır	
		Sayı	%	f	%		Sayı	%	f	%
Ağrı	1	192	99.5	1	0.5	1	190	98.4	3	1.6
Boğazda yanma	2	36	18.7	157	81.3	14	-	-	193	100.0
Bulantı	3	24	12.4	169	87.6	12	2	1.0	191	99.0
Soluk almada güçlü	4	51	26.4	142	73.6	10	4	2.1	189	97.9
Kilo kaybı	5	32	16.6	161	83.4	7	18	9.3	175	90.7
Yorgunluk	6	141	73.1	52	26.9	3	107	55.4	86	44.6
Eklem sertliği	7	123	63.7	70	36.3	2	115	59.6	78	40.4
Gözlerde yanma	8	46	23.8	147	76.2	13	1	0.5	192	99.5
Hırıltılı soluma	9	32	16.6	161	83.4	11	3	1.6	190	98.4
Baş ağrıları	10	43	22.3	150	77.7	8	7	3.6	186	96.4
Mide yakınmaları	11	55	28.5	138	71.5	9	5	2.6	188	97.4
Uyku güçlükleri	12	83	43.0	110	57.0	5	33	17.1	160	82.9
Sersemlik hissi	13	58	30.1	135	69.9	6	29	15.0	164	85.0
Güç kaybı	14	125	64.8	68	35.2	4	103	53.4	90	46.6

Tablo 4.3 incelendiğinde; bireylerin hastalığın başlangıcından itibaren en önemli hastalık belirtileri sırasıyla en fazla ağrı (%99.5), yorgunluk (%73.1), güç kaybı (%64.8) ve eklem sertliği (%63.7) olarak belirtilmiştir. En az yaşanan belirtiler ise; bulantı (%12.4), hırıltılı soluma (%16.6), kilo kaybı (%16.6) ve boğazda yanma (%18.7) olarak sıralanmıştır. Gonartrozlu bireylerin bu belirtilerin hastalığı ile olan ilişkisi hakkındaki görüşleri incelendiğinde ise; en fazla yaşanan ağrı (%98.4), eklem sertliği (%59.6), yorgunluk (%55.4) ve güç kaybı (%53.4) olarak sıralanmıştır. En az yaşanan belirtiler ise gözlerde yanma (%0.5),

bulantı (%1), hırıltılı soluma (%1.6) ve soluk almada güçlük (%2.1) olarak ifade edilmiştir. Bireyler özellikle boğazda yanmanın hastalıkları ile ilişkisi olmadığı görüşündedirler.

Tablo 4.4: Gonartrozlu bireylerin hastalık algı alt boyu hastalık tipi (n=193).

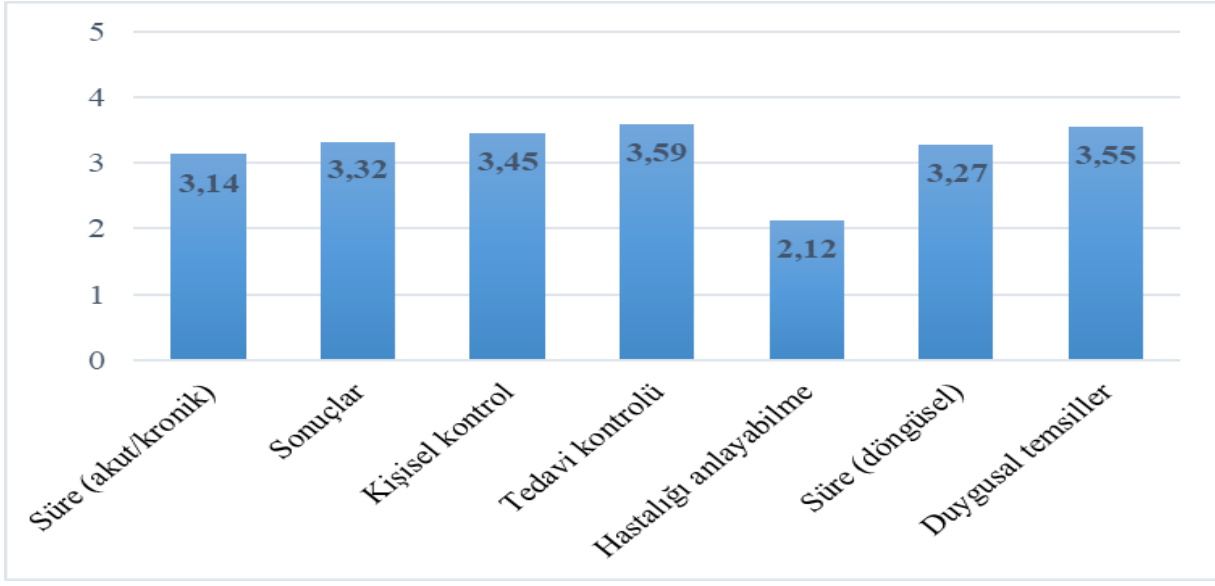
	N	$\bar{x} \pm SS$	Ölçekten alınan değerler		Ölçekten alınabilecek değerler	
			Min	Max	Min	Max
Hatalık tipi	193	3.19±1.83	1.00	9.00	0	14

Bireylerin hastalık tipi puan ortalamaları (3.19±1.83) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Gonartrozlu bireylerin hastalık algısı alt boyut hastalık hakkındaki görüşleri (n=193).

Hastalık Hakkındaki Görüşler	N	$\bar{x} \pm SS$	Ölçekten alınan değerler		Ölçekten alınabilecek değerler	
			Min	Max	Min	Max
Süre (akut/kronik)	193	18.83± 5.49	7.00	30.00	6	30
Sonuçlar	193	19.94±3.22	11.00	30.00	6	30
Kişisel kontrol	193	20.67±3.42	6.00	27.00	6	30
Tedavi kontrolü	193	17.93±3.23	8.00	24.00	5	25
Hastalığı anlayabilme	193	12.70±4.81	5.00	24.00	6	30
Süre (döngüsel)	193	9.81±2.29	4.00	15.00	3	15
Duygusal temsiller	193	21.31±7.80	6.00	30.00	6	30

Bireylerin hastalık hakkındaki görüşleri puan ortalamaları sırasıyla; süre (akut/kronik) (18.83±5.5), sonuçlar (19.94±3.2), kişisel kontrol (20.67±3.4), tedavi kontrol (17.93±3.2), hastalığı anlayabilme (12.70±4.8), süre (döngüsel) (9.81±2.3) ve duygusal temsiller (21.31±7.8) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5).



Şekil 4.2: Bireylerin hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili madde ortalamaları (n=193).

Hastalık hakkındaki görüşler ölçeğinin her bir alt faktörüne yönelik ortalamaların madde sayısına bölümüne ilişkin sonuçlarına ile ilgili bulgular Şekil 4.2’de yer verilmiştir. En yüksek ortalamaların sırasıyla tedavi kontrolü (3.59), duygusal deneyimler (3.55) ve kişisel kontrol (3.45) olduğu görülmektedir. Bunun yanında en düşük ortalama hastalığı anlayabilme (2.12) faktörüne aittir (Şekil 4.2).

Tablo 4.6: Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hastalık hakkındaki görüşlerinin karşılaştırılması (n=193).

	Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Yaş	40-59 yaş	18.48±5.89	19.93±3.90	21.19±3.45	17.35±3.68	12.70±5.06	10.25±2.17	22.09±8.13
	60-79 yaş	18.57±5.44	19.82±3,09	20.61±3.43	18.26±3.04	12.81±4.80	9.82±2.31	21.16±7.86
	80 ve üstü	22.76±3.60	21.38±2.78	20.15±3.26	15.53±3.25	11.38±4.53	8.69±2.05	21.15±6.22
Test Değeri	KW = 8.286	KW = 2.740	KW = 1.646	KW = 8.082	KW = 1.760	KW = 5.238	KW = .904	
p	p=.016	p=.254	p=.439	p=.018	p=.415	p=.073	p=.636	
Cinsiyet	Kadın	19.02±5.52	19.96±3.25	21.53±3.50	17.90±3.26	12.44±4.91	9.75±2.38	22.15±7.78
	Erkek	18.16±5.40	21.19±3.07	21.19±3.07	18.02±3.14	13.64±4.37	10.04±1.95	18.28±7.17
Test Değeri	U=2919.0	U=29040.0	U=2863.0	U=3052.5	U=2731.5	U=2987.0	U=2148.0	
p	p=.430	p=.401	p=.333	p=.710	p=.167	p=.561	p=.001	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	20.60±5.35	20.17±3.22	19.91±3.66	17.08±3.47	11.75±4.80	9.64±20.21	23.31±7.75
	Okuryazar	18.68±5.32	20.23±2.47	21.06±3.26	18.42±3.24	10.55±4.34	9.51±2.61	22.02±8.61
	İlkokul	18.18±5.52	19.77±3.51	20.76±3.33	17.97±3.21	13.90±4.45	10.12±2.13	21.32±6.79
	Ortaokul	17.45±6.18	19.72±2.83	21.18±3.12	18.36±1.80	15.45±5.14	8.81±1.77	14.72±5.96
	Lise ve üstü	18.30±5.25	19.30±4.26	21.00±3.93	18.46±3.15	14.30±5.05	10.53±2.47	17.38±8.65
Test Değeri	KW = 6.522	KW = 3.736	KW = 3.131	KW = 4.243	KW = 21.137	KW = 3.929	KW = 16.361	
p	p=.163	p=.443	p=.536	p=.374	p=.000	p=.416	p=.003	
Medeni durum	Evli	18.53±5.35	19.79±3.28	20.22±3.28	18.09±3.18	12.92±4.81	9.94±2.28	21.00±7.93
	Bekâr	15.33±3.05	21.66±1.52	20.80±3.47	19.33±4.04	12.66±3.78	10.33±2.88	21.33±9.01
	Dul	19.93±5.88	20.28±3.10	22.3±2.88	17.36±3.32	12.08±4.90	9.42±2.28	22.22±7.44
Test Değeri	KW = 4.065	KW = 2.130	KW = 2.21422.	KW = 2.598	KW = 1.045	KW = 1.997	KW = .914	
p	p=.131	p=.345	p=.331	p=.273	p=.593	p=.368	p=.633	

U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis

Tablo 4.6 (devam): Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hastalık hakkındaki görüşlerinin karşılaştırılması (n=193).

		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaptığı iş	Ev hanımı	19.02±5.55	19.96±3.22	20.57±3.52	17.91±3.21	12.44±4.94	9.77±2.41	22.06±7.79
	Çiftçi	18.00±5.58	19.93±3.23	20.26±3.34	17.53±3.09	13.80±4.07	9.46±1.68	15.80±8.23
	Emekli	18.66±5.32	20.07±3.12	21.59±2.91	18.11±3.53	13.74±4.52	10.29±1.91	20.25±6.25
	Esnaf	14.00±1.41	10.07±3.65	19.50±2.12	19.50±2.12	10.00±.000	9.00±.00	21.00±12.72
Test Değeri	KW=2.547	KW=1.050	KW=2.822	KW=.793	KW=2.853	KW=2.192	KW=10.674	
p	p=.467	p=.789	p=.420	p=.851	p=.415	p=.533	p=.014	
Yaşadığı yer	Köy	19.22±5.45	20.38±3.50	20.40±4.07	17.45±3.38	12.86±4.90	9.55±2.40	21.10±7.80
	İlçe	18.50±5.63	20.41±2.56	21.19±3.07	18.52±3.14	12.05±4.50	9.47±2.24	20.61±7.93
	İl merkezi	18.73±5.51	19.51±3.22	20.65±3.11	18.00±3.15	12.84±4.90	10.10±2.23	21.70±7.81
Test Değeri	KW=.767	KW=5.029	KW=.712	KW=2.066	KW=.769	KW=3.157	KW=.757	
p	p=.682	p=.081	p=.700	p=.356	p=.681	p=.206	p=.685	
Gelir durumu	Geliri giderinden fazla	17.50±6.33	18.33±3.55	21.16±3.61	18.75±4.02	13.08±3.67	9.08±1.78	23.25±4.26
	Geliri giderine denk	18.80±5.49	19.85±3.10	20.73±3.42	17.84±3.23	12.69±4.77	9.86±2.33	21.29±8.03
	Geliri giderinden az	19.37±5.31	20.75±3.38	20.32±3.42	18.00±2.99	12.62±5.32	9.87±2.28	20.80±7.86
Test Değeri	KW1.169	KW=5.247	KW=.806	KW=.888	KW=.068	KW=1.436	KW=.636	
p	p=.557	p=.073	p=.668	p=.642	p=.967	p=.488	p=.728	
Kimlerle yaşadığı	Yalnız	18.66±6.18	20.45±3.43	19.94±3.22	17.96±3.30	12.51±5.47	9.84±2.70	21.45±6.93
	Eşi ile	18.32±5.00	19.69±3.27	20.60±3.54	18.22±3.15	12.89±4.87	9.90±2.30	21.05±8.00
	Eş ve çocuklarla	19.40±6.10	20.32±3.33	20.82±3.44	17.76±3.12	12.76±4.50	9.92±1.86	21.08±8.17
	Çocuklarla	21.09±5.87	20.09±2.42	20.64±3.54	16.59±3.48	11.95±3.90	9.22±2.04	22.72±7.95
Test Değeri	KW=4.761	KW=3.194	KW=1.315	KW=3.682	KW=.576	KW=1.789	KW=1.338	
p	p=.190	p=.363	p=.726	p=.298	p=.902	p=.617	p=.720	

U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis

Tablo 4.6’da bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu incelendiğinde yaş değişkeni açısından puan ortalamaları süre (akut/kronik) ($p<0.05$) ve tedavi kontrolü ($p<0.05$) faktörlerinde anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Yapılan ileri analizler sonucu farkın kaynağı her iki alt faktörde de 60-79 yaş grubu bireylerdir. Cinsiyete göre hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu duygusal temsiller puan ortalaması kadınlar kaynaklı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim durumu açısından ise hastalığı anlayabilme ortaokul ile okuryazar değil ve okuryazar arasında anlamlı fark ($p<0.001$) oluşmuştur. Duygusal temsiller alt boyutunda okuryazar olmayan hastalar ile ortaokul mezunu olan hastalar arasında okuryazar olmayan hastalardan kaynaklı anlamlı fark ($p<0.001$) oluşmuştur. Yaptığı işe göre duygusal temsiller faktörü gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Anlamlı farkın kaynağı çiftçi ile ev hanımı arasında ev hanımı bireylerden kaynaklı bulunmuştur ($p<0.05$). Bunlar dışında tanıtıcı özellikler ile hastalık hakkındaki görüşler arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7: Gonartrozlu bireylerin sağlık durumlarına ve gonartroza ilişkin hastalık hakkındaki görüşleri (n=193).

		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Günlük aktivite durumu	Çok iyi	17.73±5.36	19.91±3.61	20.52±3.75	18.65±2.94	12.69±4.74	10.21±1.85	21.00±7.91
	İyi	18.63±5.38	19.39±2.95	21.01±3.10	18.15±3.22	12.37±4.60	10.08±2.17	21.44±7.89
	Kötü	19.93±5.80	21.45±3.29	19.84±3.96	16.97±3.24	13.60±5.37	8.91±2.59	21.13±7.66
Test Değeri		KW=4.050	KW=13.583	KW=2.693	KW=7.413	KW=1.779	KW=9.391	KW=.215
p		p=.132	p=.001	p=.260	p=.025	p=.411	p=.009	p=.898
Sigara Kullanımı	Evet	18.38±6.55	19.61±3.57	20.76±3.63	17.38±3.61	10.84±5.25	10.00±2.58	21.92±8.55
	Hayır	19.18±5.41	20.03±3.13	20.63±3.49	17.91±3.11	12.68±4.71	9.84±2.35	21.72±7.61
	Bırakmış	17.52±5.37	19.70±3.51	20.82±3.09	18.23±3.61	13.50±4.99	9.64±1.96	19.32±8.25
Test Değeri		KW=1.941	KW=1.539	KW=.001	KW=.825	KW=3.214	KW=.694	KW=2.814
p		p=.379	p=.463	p=.999	p=.662	p=.200	p=.707	p=.245
Alkol kullanımı	Hayır	18.96±5.48	19.96±3.25	20.65±3.41	17.87±3.24	12.70±4.85	9.80±2.29	21.27±7.77
	Bırakmış	14.00±3.67	19.40±1.34	21.40±4.09	20.00±1.87	12.60±3.28	10.40±2.60	22.80±9.85
Test Değeri		U=221.0	U=402.5	U=402.5	U=278.5	U=467.5	U=419.0	U=374.0
p		p=.043*	p=.582	p=.582	p=.118	p=.984	p=.675	p=.430
Beden kitle indeksi	Normal	15.91±4.07	19.83±3.18	21.41±3.20	19.25±2.49	13.91±4.50	10.58±2.06	22.08±5.99
	Fazla kilolu	18.84±5.99	19.38±3.05	21.47±3.01	18.16±3.17	12.35±4.57	9.63±2.16	19.58±7.82
	Şişman	19.27±5.41	20.07±3.26	20.18±3.61	17.66±3.39	12.84±5.08	9.87±2.42	21.75±7.89
	Çok şişman	18.07±4.07	21.84±3.26	19.92±3.45	17.61±2.63	12.23±4.32	9.61±2.14	25.76±6.76
Test Değeri		KW=3.285	KW=6.480	KW=6.216	KW=2.908	KW=1.699	KW=1.575	KW=8.308
p		p=.350	p=.090	p=.102	p=.406	p=.637	p=.665	p=.040
Gonartroz tanı süresi	0-5 yıl	17.00±5.23	19.65±3.48	21.33±3.11	18.53±2.97	13.24±4.97	9.74±2.33	20.06±8.15
	6-10 yıl	19.19±5.34	20.02±2.96	20.44±3.46	18.11±3.33	12.22±4.89	9.97±2.44	22.97±7.58
	10 yıl üzeri	21.62±4.97	20.35±3.11	19.84±3.71	16.57±3.18	12.44±4.39	9.73±2.01	21.11±7.17
Test Değeri		KW=20.201	KW=2.163	KW=5.391	KW=11.732	KW=1.596	KW=.054	KW=5.858
p		p=.000	p=.339	.068	p=.003	p=.450	p=.973	p=.047

U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis

Tablo 4.7(devam): Gonartrozlu bireylerin sağlık durumlarına ve gonartroza ilişkin hastalık hakkındaki görüşleri (n=193).

		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (düngüsel)	Duygusal temsiller
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hastalığa dair bilgisi	Var	17.43±5.33	19.87±3.82	21.56±3.18	18.90±3.22	14.31±5.19	10.50±1.91	19.53±7.29
	Kısmen	19.00±5.39	19.76±2.78	20.52±3.29	17.86±3.06	12.25±4.47	9.59±2.30	21.69±7.90
	Yok	20.11±6.41	21.64±4.83	20.29±4.67	16.64±4.15	13.52±6.26	10.41±2.64	21.47±7.86
Test Değeri		<i>KW</i> =3.331	<i>KW</i> =2.234	<i>KW</i> =2.892	<i>KW</i> =4.330	<i>KW</i> =5.010	<i>KW</i> =4.860	<i>KW</i> =3.172
p		p=.189	p=.327	p=.236	p=.115	p=.082	p=.088	p=.205
Dizinden ameliyat olma durumu	Evet	17.78±5.02	20.06±2.80	21.00±3.51	18.54±3.28	12.50±5.06	10.00±2.26	21.59±7.91
	Hayır	19.62±5.71	19.86±3.50	20.44±3.35	17.47±3.12	12.85±4.64	9.68±2.31	21.10±7.75
Test Değeri		U=3634.5	U=4248.5	U=4019.5	U=3598.0	U=4209.5	U=4209.5	U=4405.5
p		p=.017	p=.427	p=.164	p=.013	p=.367	p=.367	p=.701
Yardımcı cihaz kullanma durumu	Evet	18.71±5.13	20.64±3.05	20.24±3.58	17.70±3.07	13.31±4.64	9.95±2.19	21.01±7.83
	Hayır	18.91±5.70	19.55±3.25	20.92±3.31	18.06±3.32	12.35±4.89	9.73±2.35	21.48±7.81
Test Değeri		U=4281.0	U=3353.0	U=3866.5	U=4002.0	U=3745.0	U=4052.0	U=3963.0
p		p=.949	p=.010	p=.237	p=.414	p=.131	p=.492	p=.353
Gonartroza eşlik eden kronik hastalık durumu	Var	19.32±5.54	20.153.17	20.44±3.37	17.61±3.25	12.47±4.74	9.78±2.29	22.43±7.43
	Yok	17.66±5.24	19.44±3.31	21.25±3.50	18.71±3.04	13.26±4.98	9.91±2.29	18.57±8.06
Test Değeri		U=3163.5	U=3330.5	U=3264.5	U=3036.5	U=3607.5	U=3691.5	U=2856.0
p		p=.056	p=.149	p=.103	p=.022	p=.514	p=.678	p=.005

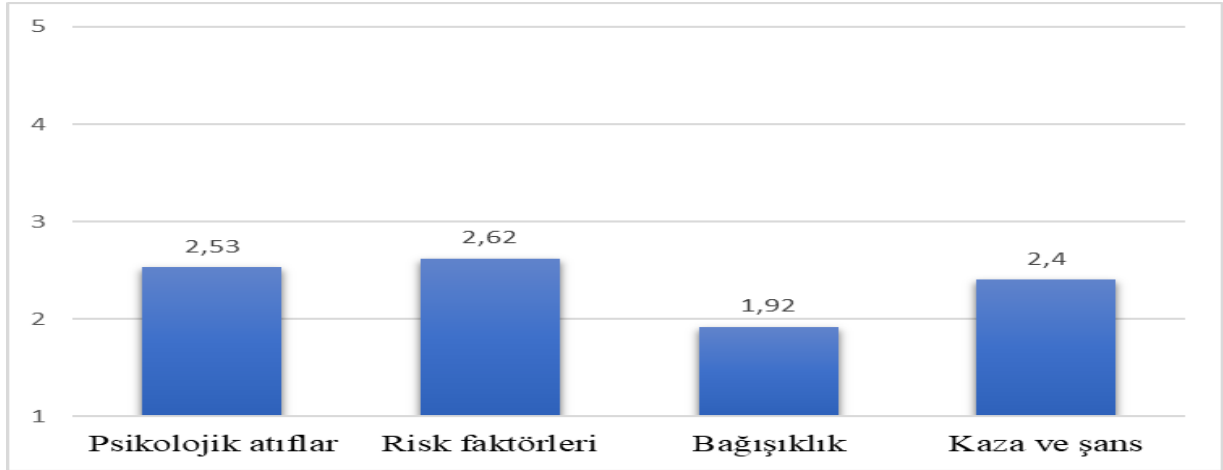
U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis

Gonartrozlu bireylerin günlük aktivite durumları ile hastalıkları hakkındaki görüşleri incelendiğinde puan ortalamaları arasındaki fark sonuçlar faktöründe günlük aktivite durumu kötü olan hastalar ile iyi olan hastalar arasında kötü olanlardan kaynaklı ($p<0.01$) oluşmuşken, tedavi kontrolü ($p<0.05$) ve süre (döngüsel) ($p<0.01$) faktörleri günlük aktivite durumu çok iyi olan bireyler ile kötü olanlar arasında çok iyi olanlardan kaynaklı fark oluşmuştur. Gonartrozlu bireylerin alkol kullanımı açısından süre (akut/kronik) faktöründe alkol kullanımını bırakmış bireyler kaynaklı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark ($p<0.05$) bulunmuştur. Dizinden ameliyat olma durumu incelendiğinde süre (akut/kronik) faktöründe dizinden ameliyat olmayan bireyler kaynaklı ($p<0.05$) anlamlı fark varken, tedavi kontrolü faktörü dizinden ameliyat olan bireyler kaynaklı ($p<0.05$) fark oluşmuştur. Yardımcı cihaz kullanma durumuna göre grupların puan ortalamaları arasındaki fark ise sadece sonuçlar alt bölümünde yardımcı cihaz kullanmayan bireylerden kaynaklı fark anlamlıdır ($p<0.05$). Gonartroza eşlik eden kronik hastalık durumunda tedavi kontrolü faktöründe gonartroza eşlik eden kronik hastalığı olmayan bireylerden kaynaklı fark ($p<0.05$) oluşmuşken, duygusal temsiller alt boyutunda gonartroza eşlik eden kronik hastalığı olan bireylerden kaynaklı fark ($p<0.01$) oluşmuştur. Bunlar dışında gonartrozlu bireylerin sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgileri hastalık hakkındaki görüşleri arasında anlamlılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Gonartrozlu bireylerde hastalık algısı alt boyutu hastalık nedenleri (n=193).

Hastalık nedenleri alt faktörleri	Sayı	$\bar{x} \pm SS$	Ölçekten alınan değerler		Ölçekten alınabilecek değerler	
			Min	Max	Min	Max
Psikolojik atıflar	193	15.20±4.11	6.00	26.00	6	30
Risk faktörleri	193	15.69±3.59	6.00	26.00	6	30
Bağışıklık	193	5.76±2.49	3.00	13.00	3	15
Şans/kaza	193	4.80±1.96	2.00	10.00	2	10

Tablo 4.8’de bireylerin hastalığın nedenleri hakkındaki görüşleri incelendiğinde psikolojik atıflar 15.20±4.11, risk faktörleri 15.69±3.59, bağışıklık 5.76±2.49, şans ve kaza 4.80±1.96 hesaplanmıştır.



Şekil 4.3: Gonartrozlu bireylerde hastalık algısı alt boyutu hastalık nedenleri madde ortalamaları (n=193).

Hastalık algısı alt boyutu hastalığın nedenleri madde ortalamaları incelendiğinde gonartrozlu bireylerin sırasıyla risk atıflarını (2.62), psikolojik atıflar (2.53), kaza-şans (2.40) ve bağışıklık (1.92) olarak ifade ettikleri görülmektedir (Şekil 4.3).

Tablo 4.9: Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hastalık nedenleri ile karşılaştırılması (n=193).

		Psikolojik atflar		Risk faktörleri		Bağışıklık		Kaza şans	
		Ort±SS	Test / p	Ort±SS	Test / p	Ort±SS	Test / p	Ort±SS	Test / p
Yaş	40-59	15.06±4.29	KW= .206	15.22±3.73	KW= 4.749	6.06±2.67	KW= .366	5.06±2.03	KW= .955
	60-79	15.18±4.10	p=.902	15.62±3.55	p=.093	5.67±2.41	p=.833	4.74±1.93	p=.620
	80 ve üstü	15.69±4.00		17.69±3.37		6.00±3.08		4.84±2.15	
Cinsiyet	Kadın	15.44±4.09	U=2513.0	15.65±3.66	U=3063.5	5.60±2.37	U=2796.5	4.76±1.93	U=3045.5
	Erkek	14.33±4.09	p=.039	15.85±3.66	p=.735	6.30±2.37	p=.233	4.92±2.06	p=0.691
Eğitim durumu	Okuryazar değil	14.80±3.40		15.08±3.34		5.22±2.22		4.44±1.65	
	Okuryazar	14.82±3.93	KW= 3,424	15.55±3.29	KW= 11.138	4.76±2.08	KW= 17.252	4.57±1.85	KW= 5.183
	İlkokul	15.87±4.60		15.85±3.73		6.32±2.56		4.88±2.03	
	Ortaokul	15.09±3.53	p=.490	19.00±3.09	p=.025	6.81±1.99	p=.002	5.45±2.33	p=.269
	Lise ve üstü	14.07±4.25		14.61±3.88		7.00±3.21		5.84±2.30	
Medeni durum	Evli	14.71±4.13	KW= 8,278	15.85±3.58	KW= 1,454	5.65±2.48	KW= 1,268	4.76±1.98	KW= .613
	Bekâr	17.33±5.03		14.00±2.00		6.00±2.00		5.66±2.08	
	Dul	16.46±3.74	p=.016	15.34±3.70	p=.483	6.00±2.56	p=.531	4.85±1.90	p=.736
Yaptığı iş	Ev hanımı	15.41±4.01		15.65±3.66		5.59±2.38		4.78±1.93	
	Çiftçi	14.60±4.92	KW= 4,690	16.53±2.99	KW= 1,977	6.80±2.42	KW= 5,697	4.60±1.76	KW= 4,077
	Emekli	14.55±4.27	p=.196	15.66±3.60	p=.577	6.29±3.02	p=.127	5.18±2.18	p=.253
	Esnaf	12.50±2.12		13.50±2.12		3.50±0.70		2.50±0.70	
Yaşadığı yer	Köy	16.08±4.44	KW= 2,898	16.22±3.84	KW= 3,502	5.72±2.59	KW= .471	5.15±2.01	KW= 2,569
	İlçe	14.77±3.98		16.08±3.34		5.47±2.34		4.58±1.77	
	İl merkezi	14.82±3.90	p=.235	15.24±3.50	p=.174	5.88±2.51	p=.790	4.67±1.98	p=.277
Gelir durumu	Geliri giderinden fazla	16.83±4.38	KW= 5,433	17.58±4.07	KW= 3,656	6.16±3.29	KW= 6,530	5.33±2.77	KW= .872
	Geliri giderine denk	14.77±4.02		15.77±3.59		5.45±2.28		4.71±1.94	
	Geliri giderinden az	16.22±4.12	p=.066	14.87±3.59	p=.161	6.72±2.75	p=.038	4.95±1.73	p=.646
Kimlerle yaşadığı	Yalnız	16.24±3.74		15.33±3.47		6.00±2.70		5.03±2.00	
	Eşi ile	14.40±4.06	KW= 16,358	15.61±3.49	KW= 2,223	5.50±2.44	KW= 6,413	4.71±2.05	KW= 1,500
	Eş ve çocuklarla	15.12±3.92	p=.001	16.04±4.31	p=.527	5.72±2.66	p=.093	4.64±1.65	p=.682
	Çocuklarla	17.81±3.88		16.31±3.56		6.77±2.11		5.09±1.79	

U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis

Tablo 4.9 incelendiğinde; cinsiyet açısından psikolojik atıflarda anlamlı fark bulunmuştur ve farkın kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Gonartrozlu bireylerin eğitim durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark risk ve bağışıklık alt faktörlerinde vardır ($p<0.05$). Farkın kaynağı ortaokul mezunu bireyler olduğu saptanmıştır. Medeni durum açısından puan ortalamaları arası sadece psikolojik atıflarda anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizler sonucu farkın bekârlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gelir durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları farkı ise sadece bağışıklık faktöründe geliri giderine denk ile geliri giderinden az arasında geliri giderinden az olan hastalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gonartrozlu bireylerin kimlerle yaşadığı açısından puan ortalamaları fark psikolojik atıflarda anlamlıdır. Farkın kaynağı çocuklarla yaşayan bireylerdir ($p<0.01$). Bunlar dışında gonartrozlu bireylerde gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hastalık nedenleri arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10: Gonartrozlu bireylerde sağlık durumları ile gonartroza ilişkin hastalık nedenleri (n=193).

		Psikolojik atflar		Risk atflar		Bağışıklık		Kaza şans	
		Ort±SS	Test / p	Ort±SS	Test / p	Ort±SS	Test / p	Ort±SS	Test / p
Günlük aktivite durumu	Çok iyi	13.52±3.08	KW =7.744 p=.021	14.86±3.16	KW =4.568 p=.102	4.78±2.15	KW =7.384 p=.025	4.86±2.18	KW =.148 p=.929
	İyi	15.07±4.11		15.49±3.34		5.62±2.29		4.72±1.84	
	Kötü	16.39±4.27		16.67±4.26		6.63±2.49		4.97±2.18	
Sigara kullanma durumu	Evet	17.07±4.40	KW =5.356 p=.069	16.61±4.42	KW =2.758 p=.252	5.76±2.08	KW =.931 p=.628	5.76±1.78	KW =4.239 p=.120
	Hayır	15.26±4.07		15.71±3.43		5.82±2.50		4.70±1.85	
	Bırakmış	14.23±3.99		15.26±3.94		5.47±2.66		4.85±2.40	
Alkol kullanma durumu	Evet	-	-	-	-	-	-	-	-
	Hayır	15.25±4.08	U=297.0	15.73±3.60	U=343.5	5.76±2.50	U=468.0	4.76±1.93	U=288.0
	Bırakmış	13.20±5.16	p=.159	14.20±2.70	p=.302	5.60±2.40	p=.987	6.20±2.48	p=.134
Beden Kitle İndeksi	19-24 normal	15.83±4.38	KW =.813 p=.846	15.25±2.63	KW =1.053 p=.788	5.75±2.59	KW =3.431 p=.330	4.25±1.05	KW =2.569 p=.463
	25-30 fazla kilolu	15.07±4.14		16.00±2.96		6.13±2.60		4.93±1.68	
	31-40 şişman	15.19±4.15		15.66±4.04		5.66±2.48		4.83±2.19	
	40 üzeri çok şişman	15.30±3.70		14.92±3.59		4.69±1.70		4.38±1.93	
Gonartroz tanı süresi	0-5 yıl	14.59±4.03	KW =2.633 p=.268	15.13±3.71	KW =4.430 p=.109	5.32±2.26	KW =7.125 p=.028	4.88±2.10	KW =.813 p=.666
	6-10 yıl	15.44±4.21		15.94±3.50		5.64±2.29		4.67±2.02	
	10 yıl üzeri	15.93±4.01		16.35±3.41		6.73±2.94		4.84±1.58	
Gonartroza ilişkin bilgisi	Var	15.18±4.50	KW =1.049 p=.592	15.68±3.42	KW =.250 p=.882	6.56±2.74	KW =3.708 p=.157	4.84±2.27	KW =.387 p=.824
	Kısmen	15.09±4.05		15.73±3.64		5.52±2.40		4.75±1.86	
	Yok	16.11±3.95		15.41±3.67		6.23±2.53		5.17±2.24	
Dizinden ameliyat olma durumu	Evet	15.09±4.33	U=4360.0	15.74±3.33	U=4451.5	5.57±2.29	U=4291.0	4.89±1.91	U=4353.5
	Hayır	15.27±3.95	p=.617	15.66±3.79	p=.794	5.90±2.63	p=.490	4.73±1.99	p=.602
Yardımcı cihaz kullanma durumu	Evet	16.74±4.00	U=2890.5	16.28±3.80	U=3704.5	6.14±2.37	U=3617.0	4.84±1.78	U=4090.5
	Hayır	14.32±3.92	p=.000	15.36±3.44	p=.105	5.54±2.54	p=.060	4.78±2.06	p=.560
Gonartroza eşlik eden kronik hastalık durumu	Evet	15.30±4.26	U=3676.0	15.79±3.57	U=3565.5	5.72±2.47	U=3743.5	4.81±1.97	U=3805.5
	Hayır	14.94±3.72	p=.648	15.46±3.65	p=.789	5.85±2.56	p=.789	4.76±1.94	p=.930

U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis

Tablo 4.10 incelendiğinde günlük aktivite durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları farkı ise istatistiksel olarak psikolojik atıflar ($p<0.05$) ve bağışıklık ($p<0.05$) faktörlerinde günlük aktivite durumu kötü olan bireyler ile çok iyi olan bireyler arasında kötü olan bireylerden kaynaklı oluşmuştur. Bireylerin gonartroz tanı süreleri açısından hastalık nedenleri incelendiğinde bağışıklık faktöründe gruplar arası puan ortalamaları arasında anlamlı fark oluşmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farkın kaynağı ise hastalık süresi 10 yıl ve üzeri olan bireyler ile hastalık süresi 0-5 yıl olan bireyler arasında 10 yıl ve üzeri olan bireylerden kaynaklı fark saptanmıştır. Yardımcı cihaz kullanma durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları ise psikolojik atıflar ($p<0.01$), faktöründe yardımcı cihaz kullanan bireylerden kaynaklı fark oluşmuştur. Bunlar dışında gonartrozlu bireylerde sağlık durumları ile gonartroza ilişkin hastalık nedenleri arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11: Gonartrozlu bireylerin hemşirelik bakım algısı ile ilgili bulguları (n=193).

Ölçeğin alt boyutları	N	$\bar{x} \pm SS$	Ölçekten alınan		Ölçekten alınabilecek	
			değerler		değerler	
			Min	Max	Min	Max
Hemşirelik Bakımı Algısı	193	63.94±13.00	17.00	75.00	15.00	75.00

Gonartrozlu bireyler hemşirelik bakımını algılama durumları ile ilgili betimsel istatistiklere Tablo 4.11’de yer verilmiştir. Gonartrozlu bireylerin hemşirelik bakımını algılama durumları incelendiğinde araştırma örneklemindeki hastaların verdikleri cevapların ortalamalarının (63.94 ± 13.00) olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan minimum ve maksimum değerler ise 17 ila 75 arasında değişmektedir. Genel olarak gonartrozlu bireyler hemşirelik bakımı ile ilgili algılarının yüksek düzeyde olduğunu görülmektedir.

Tablo 4.12: Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelik bakım algısı bulguları (n=193).

		Ort±SS	Test / p
Yaş	40-59 yaş	63.06±13.64	<i>KW</i> =.270 p=.874
	60-79 yaş	64.16±13.18	
	80 yaş ve üstü	63.53±9.72	
Cinsiyet	Kadın	63.61±13.69	U=3088.500 p=.796
	Erkek	65.11±10.21	
Hastanın eğitim durumu	Okuryazar değil	67.26±7.89	<i>KW</i> =2.375 p=.667
	Okuryazar	61.72±16.42	
	İlkokul	63.06±12.07	
	Ortaokul	62.76±15.58	
Medeni durum	Lise ve üstü	64.46±9.92	<i>KW</i> =.718 p=.698
	Evli	63.80±13.16	
	Bekar	59.66±14.18	
Yaptığı iş	Dul	64.61±12.70	<i>KW</i> =7.415 p=.060
	Esnaf	75.00±0.00	
	Çiftçi	67.46±9.76	
	Ev hanımı	63.84±13.23	
Yaşadığı yer	Emekli	61.70±13.36	<i>KW</i> =5.085 p=.079
	Köy	61.61±11.81	
	İlçe	63.22±15.21	
Gelir durumu	İl merkezi	65.61±11.81	<i>KW</i> =5.282 p=.071
	Geliri giderinden az	63.07±13.02	
	Geliri giderinden denk	64.85±12.35	
Kimlerle yaşadığı	Geliri giderine fazla	56.08±18.16	<i>KW</i> =1.326 p=.723
	Yalnız	64.69±12.47	
	Eşi ile	63.19±13.62	
	Eş ve çocuklarla	65.44±11.65	
	Çocuklar	64.95±12.52	

U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis

Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelik bakım algısı durumları her bir değişken açısından karşılaştırıldığında gruplar arası puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Gonartrozlu bireylerin sağlık durumlarına ile gonartroza ilişkin bilgilerine göre hastanın hemşirelik bakımını algılama bulguları (n=193).

		Ort±SS	Test / p
Günlük aktivite	Kötü	61.39±13.65	<i>KW</i> =4.035 p=.133
	İyi	65.03±11.14	
	Çok iyi	63.17±19.49	
Sigara kullanımı	Hayır	64.52±12.13	<i>KW</i> =1.620 p=.445
	Bırakmış	59.07±16.60	
	Evet	63.29±15.03	
Alkol kullanımı	Hayır	70.60±3.50	U=373.0 p=.430
	Bırakmış	63.76±13.12	
Beden Kitle İndeksi	19-24 normal	58.16±18.20	<i>KW</i> = 7.974 p=.047
	25-30 fazla kilolu	63.96±11.63	
	31-40 şişman	63.60±13.55	
	40 üzeri çok şişman	71.84±4.29	
Gonartroz tanı süresi	0-5 yıl	64.03±14.52	<i>KW</i> =1.391 p=.499
	6-10 yıl	64.29±12.44	
	10 yıl üzeri	63.24±11.02	
Gonartroza ilişkin bilgisi	Yok	62.88±11.20	<i>KW</i> =.139 p=.933
	Kısmen	65.56±11.00	
	Var	63.70±13.64	
Dizinden ameliyat olma durumu	Hayır	64.54±11.92	U=3750.0 p=.036
	Evet	63.13±13.77	
Yardımcı cihaz kullanma durumu	Hayır	65.25±13.04	U=3471.0 p=.025
	Evet	61.64±12.85	
Gonartroza eşlik eden kronik hastalık durumu	Var	64.18±13.34	U=3643.0 p=.582
	Yok	63.33±12.23	

U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis

Gonartrozlu bireylerin dizinden ameliyat olma durumu açısından hastanın hemşirelik bakımını algılama arasında dizinden ameliyat olmayan bireylerin kaynaklı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p<0.05$). Yardımcı cihaz kullanma durumu ile hastanın hemşirelik bakımını algılama arasında yardımcı cihaz kullanmayan bireylerden kaynaklı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p<0.05$). BKİ açısından gonartrozlu bireylerin hemşirelik bakımını algılama durumları incelendiğinde gruplar arası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok şişman olan bireyler ile normal beden kitle indeksine sahip bireyler arasında çok şişman hastalardan kaynaklı ($p<0.05$) oluşmuştur. Bunlar dışında gonartrozlu bireylerin sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgilerine göre hastanın hemşirelik bakımını algılama arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Bireylerin hastalık hakkındaki görüşleri ile hemşirelik bakım algısı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular (n=193).

Hastalık Algısı Alt Boyutları		Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılaması	
		r	p
Hastalık Tipi		-0.005	.939
Hastalık Hakkındaki Görüşler	Süre (akut/ kronik)	.001	.984
	Sonuçlar	-.010	.893
	Kişisel kontrol	-.083	.251
	Tedavi kontrolü	-.033	.648
	Hastalığı anlayabilme	-.111	.123
	Süre (döngüsel)	-.043	.551
	Duygusal temsiller	.143	.048
Hastalık Nedenleri	Psikolojik atıflar	-.165	.022
	Risk atıfları	-.203	.005
	Bağışıklık	-.108	.136
	Kaza-şans	-.131	.069

Gonartrozlu bireylerin hastalık hakkındaki görüşleri ile hemşirelik bakımını algılama durumları arasındaki ilişki ile ilgili Spearman Brwown Sıra farkları korelasyon katsayısı değerlerine Tablo 4.14'te yer verilmiştir. Buna göre; gonartrozlu bireylerin hastalık tipi puanları ile hemşirelik bakımını algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r=-.005$, $p>0.05$).

Hastalık hakkındaki görüşleri ile hastanın hemşirelik bakımını algılama durumları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece hemşirelik bakımı algısı ile duygusal temsiller arasında çok düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r=.143$; $p<0.05$) olduğu görülmektedir. Diğer alt faktörlerle herhangi bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$) Determinasyon kat sayısı ise duygusal temsilleri üzerindeki varyansın sadece %2'sinin gonartrozlu bireylerin hastanın hemşirelik bakımını algılamadan kaynaklandığını göstermektedir.

Hastalık nedenleri ile hastanın hemşirelik bakımını algılama durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ise psikolojik atıflar ($r=-.165$) ve risk faktörleri ($r=-.203$) arasında negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişkiler oluşmuştur ($p<0.05$). Bağışıklık ve kaza-şans faktörleri ile

hastanın hemşirelik bakımını algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Gonartrozlu bireyelere ilişkin holistik bir yaklaşımla verilen hemşirelik bakımı hastaların yaşam kalitelerini yükseltmektedir (156, 157). Hastaların gonartroz tanısına ilişkin algıları günlük yaşam aktivitelerini etkilediği gibi hemşirelik bakımında yön vermektedir. Hemşirelik bakımına karşı algıları ise bireye özgü bakımın planlanmasında kilit noktadır. Bu kapsamda gonartrozlu bireylerde hastalık algısı ve hemşirelik bakım algısı arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan bu çalışma gonartroz tanılı bireylerin yaşam kalitelerini arttırmada orjinal bir çalışmadır.

Bu araştırmaya katılan bireylerin çoğu 60-79 yaş arasında, kadın ve ayrıca şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Gonartroz toplumda görülme yaygınlığı yaşla birlikte giderek artmaktadır (21). Gonartrozlu bireylerde yapılan birçok araştırmada kadın hasta sayısı erkeklerden çok daha fazladır (11, 46, 50, 158). Yılmaz ve Toğaç'ın (2019), Atukorala ve arkadaşları (2016) gonartroz ile yaptıkları çalışmalarda da bireylerin yaş ortalaması 60'ın üzerinde, çoğu kadın ve şişman olduğu saptanmıştır. Yaş, kadın olmak ve şişmanlığın gonartroz için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (161, 50, 162). Gonartroz tanılı bireylerle yapılan başka bir çalışmada ortalama BKİ 28.3 (fazla kilolu) çıktığı görülmüştür (163). Bu araştırmadaki bireyler literatürle benzer şekilde sırasıyla; ağrı, uzun süre yürüyememe, uzun süre ayakta duramama, diz ekleminden ses gelmesi vs. gibi pek çok şikâyetleri olduğu saptanmıştır (Şekil 4.1) (164, 159). Gonartrozda en belirgin şikâyet ağrıdır ve özellikle yürüme sırasında artar. Diz ekleminden ses gelmesi gonartrozun ilerleyen safhalarındaki bireyler tarafından hissedilmektedir (65).

Araştırmaya katılan bireylerin HAÖ hastalık tipi alt boyutunda (Tablo 4.3) hastalığın başlangıcından itibaren hastalığı ile ilgili oldukları hastalık belirtileri sırasıyla; en çok ağrı, yorgunluk, güç kaybı ve eklem sertliği olarak bulunmuştur. Bu bulgu yapılan başka bir çalışma ile benzer niteliktedir (138). Literatürde hastaların bu belirtileri sıklıkla yaşadığı belirtilmiştir (25, 162, 65).

Bu araştırmadaki bireylerin hastalık tipi puan ortalamaları 3.19 ± 1.83 olarak hesaplanmıştır. Bu bulguya benzer nitelikte Yanık (2019) alışmasında hastalık tipi puan ortalamasını 4.26 ± 1.71 olarak belirtmiştir. HAÖ'nin hastalık gÖrüşleri alt boyutunda en yüksek ortalama tedavi kontrolü olarak bulunmuştur. Bu durum bireyler gonartrozun tedavi ile kontrol edilebileceğini düşünmüşlerdir. HAÖ'nin hastalık gÖrüşleri alt boyutunda en düşük ortalama hastalığı anlayabilme faktörü olduğu saptanmıştır (Şekil 4.2). Bu bulgu bireylerin hastalıklarını anlamakta zorlandıklarını göstermektedir. Kronik hastalıklarla yapılan başka çalışmalarda da en yüksek puanlarda uyumlu sonuçlar olmamakla birlikte en düşük puan ortalaması benzer şekilde hastalığı anlayabilme olduğu gÖrölmektedir (2, 122, 165). Bu durum farklı çalışma gruplarından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hastalık hakkındaki gÖrüşleri alt boyutu incelendiğinde; yaş ile süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü faktörleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. (Tablo 4.6). Yapılan ileri analizler sonucu farkın kaynağı her iki alt faktörde de 60-79 yaş grubu bireylerdir. Bireylerin gonartrozun kronik olduğuna yönelik inançları ve tedavilerinin hastalığını kontrol edebileceğini, iyileştirebileceğini veya tedavileriyle ortadan kalkabileceğine yönelik inançları yüksektir. Yapılan başka çalışmalarda hasta yaş grubumuz benzerdir (52, 166).

Cinsiyete ile duygusal temsiller puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.6). Kadınların puan ortalaması erkeklerden daha yüksektir. Kadınlar içinde buldukları bu duruma karşı erkeklerden daha fazla öfke, korku, kaygı, endişe gibi olumsuz psikolojik tepkiler gösterdiğı saptanmıştır. Kadınların erkelerden daha fazla duygusal ihtiyaçları olduğu gÖrölmektedir. Kadınlar yaşamlarında pek çok fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklarla karşılaşmaktadırlar. Kadınlar yaşadıkları bu farklılıklardan dolayı daha yaygın ve uzun süreli öfke, kızgınlık, üzüntü gibi farklı duygular yaşamaktadırlar (33, 167). Cantekin (2022) ile Yorulmaz ve arkadaşlarının (2013) farklı kronik hastalıklarla yaptıkları araştırmalarda da kadınların duygusal temsiller puanı erkeklere göre daha yüksektir.

Eğitim durumu ile hastalığı anlayabilme arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu fark ortaokul mezunu olanlardan kaynaklanmaktadır. Bu gruptaki bireylerin hastalığı daha fazla anlayabildikleri gÖrölmektedir. Çiftçi'nin (2022) yaptığı çalışmada lisansüstü/doktora mezunlarının hastalığı anlayabilme faktöründeki ortalamaları diğer eğitim seviyesindeki

hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada hastalığı anlayabilme faktöründe ortaokul-lise mezunu olanların daha fazla puan aldığı saptanmıştır (Özgür, 2022). Bu sonuçlar eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte gonartrozlu bireylerin hastalığı anlayabilme durumlarının arttığını göstermektedir. Eğitim durumu ile duygusal temsiller faktöründe anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın kaynağı okuryazar olmayan bireylerdir. Hastaların eğitim seviyesi azaldıkça hastalığıyla ilgili öfke, korku, endişe gibi duygularının arttığı saptanmıştır.

Yaptığı işe göre duygusal temsiller faktöründe anlamlı fark saptanmıştır. Anlamlı farkın kaynağı, ev hanımı olan bireylerdir. Kayış'ın (2009) kanser hastalarıyla yaptığı araştırmada ev hanımı olan hastaların diğerlerine göre duygusal temsiller faktörünün daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bunlar dışında tanıtıcı özellikler ile hastalık hakkındaki görüşler arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

Gonartrozlu bireylerin günlük aktivite durumları ile sonuçlar, tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) faktörleri arasında anlamlı farklılıklar vardır (Tablo 4.7). Sonuçlar faktöründeki bu fark günlük aktivite durumları kötü olanlardan kaynaklanmaktadır. Bu durum bireylerin gonartrozun yaşamlarını olumsuz etkilediğini ve günlük yaşantısında ciddi sonuçları olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Yılmaz ve Toğaç'ın (2019) çalışmasında da bireylerin %86.6'sının günlük aktivitelerini gerçekleştirirken zorlandığı belirtilmiştir. Tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) faktörleri arasındaki anlamlı fark günlük aktivite durumu çok iyi olanlardan kaynaklanmaktadır. Günlük aktivite durumu çok iyi olan bireyler gonartrozun tedavi ile kontrol edilebileceği düşünmektedirler. Gonartrozun döngüsel olduğunu düşündükleri saptanmıştır.

Gonartrozlu bireylerin alkol kullanımı ile süre (akut/kronik) faktöründe istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark alkol kullanmayı bırakan bireylerden kaynaklıdır. Dizinden ameliyat olma durumu incelendiğinde süre (akut/kronik) faktöründe dizinden ameliyat olmayan bireylerden kaynaklı anlamlı fark varken, tedavi kontrolü faktörü dizinden ameliyat olan bireylerden kaynaklı fark oluşmuştur. Ameliyat olmayan bireyler gonartrozun kronik olduğuna, ameliyat olanlar bireyler ise tedavilerinin gonartrozu kontrol edebileceğini, iyileşebileceğine yönelik inanç geliştirmişlerdir.

Gonartroz tanı süresi ile süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü arasındaki anlamlı bir fark bulunmuştur. Süre (akut/kronik) faktöründe farkın kaynağı 10 yıl ve üzeri gonartroz tanısı olan bireylerdir. Bu bireyler hastalığın uzun süreceğini ve kalıcı olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Tedavi kontrolü faktöründe farkın kaynağı 0-5 yıl tanı süresine sahip bireylerden kaynaklanmaktadır. Bu bireyler gonartrozun tedavileri ile kontrol edilebileceğini düşündükleri saptanmıştır.

Yardımcı cihaz kullanma durumuna göre grupların puan ortalamaları arasındaki fark ise sadece sonuçlar alt faktöründe yardımcı cihaz kullanmayanlardan kaynaklı olarak anlamlıdır. Yardımcı cihaz kullanmayan hastalar hastalığın olumsuz sonuçlarının varlığına inanmaktadır. Gonartroza eşlik eden kronik hastalık durumu ile tedavi kontrolü faktörü arasında anlamlı bir fark vardır. Bu fark gonartroza eşlik eden kronik hastalığı olmayan bireylerden kaynaklanmaktadır. Bu bireyler aldıkları tedavinin etkinliğine inanmaktadırlar. Duygusal temsiller faktöründe gonartroza eşlik eden kronik hastalığı olan bireylerden kaynaklı fark oluşmuştur. Kronik hastalıklar bireylerin sağlığı algılama düzeylerini etkilemektedir (125). Kronik hastalıklar beraberinde psikososyal sorunları da getirmektedir. Bu yüzden fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunları kapsayan bütüncül hasta bakımı planlanmalıdır (65, 125). Bunlar dışında gonartrozlu bireylerin sağlık durumları ve gonartroza ilişkin bilgileri ile hastalık hakkındaki görüşleri arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

Gonartrozlu bireylerin HAÖ'nün hastalığın nedenleri alt boyutunda en yüksek ortalama risk faktörüne aittir (Şekil 4.3). En düşük nedenler ise bağışıklık faktörüne aittir. Hayiroğlu (2018) farkı hastalık gruplarıyla yaptığı araştırmasında osteoartritli bireylerin yaşlanma ve aşırı çalışmayı hastalığın nedeni olarak görmüş ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır. Yanık (2019) araştırmasında bizim araştırmamızla benzer olarak risk faktörlerini yüksek bulmuştur. Çakıroğlu (2023) hastalık nedenleri alt boyutunun en yüksek puan ortalamasını psikolojik atıflar, en düşük puan ortalamasını da kaza-şans bileşeni olduğunu tespit etmiştir. Ciddi (2010) yaptığı çalışmada risk faktörlerini en yüksek, kaza-şans faktörünü ise en düşük bulmuştur. Kayış (2009) hastalık nedenleri alt boyutunun en yüksek puan ortalamasını stres ve endişe olarak saptamıştır. Araştırmamızdaki HAÖ'nün hastalığın nedenleri alt boyutundaki puan ortalamaların diğer araştırmalar ile farklı olması, araştırmalardaki bireylerin farklı hastalıklarla sahip olmasından ve kişilik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Cinsiyet ile psikolojik atıflarda anlamlı fark bulunmuştur ve farkın kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Harris ve arkadaşlarının (2015) osteoartritli kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada ağrı ve fonksiyonel yetersizlik beraberinde psikolojik zorlukları oluştuğunu ve bu duruma uyum sağlaması bireyin bilişsel ve tutumsal faktörleriyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Gonartrozlu bireylerin eğitim durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark, risk ve bağışıklık alt faktörlerinde vardır. Farkın kaynağının ortaokul mezunu bireyler olduğu saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmada bağışıklık faktöründe eğitim durumu ortaokul ve lise olanların puan ortalamaları eğitim durumu ilkokul ve altı olanlardan yüksek bulunmuştur (138). Medeni durum açısından sadece psikolojik atıflarda anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizler sonucu farkın bekârlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gelir durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları farkı ise sadece bağışıklık faktöründe geliri giderine denk ile geliri giderinden az olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gonartrozlu bireylerin kimlerle yaşadığı ile psikolojik atıflar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın kaynağı çocuklarıyla yaşayan bireylerdir. Bunlar dışında gonartrozlu bireylerde gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hastalık nedenleri arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

Günlük aktivite durumu ile psikolojik atıflar ve bağışıklık faktörleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar günlük aktivite durumu kötü olan hastalardan kaynaklanmaktadır. Bireylerin gonartroz tanı süreleri açısından hastalık nedenleri incelendiğinde; bağışıklık faktöründe gruplar arası puan ortalamaları arasında anlamlı fark oluşmuştur. Anlamlı farkın kaynağı ise hastalık süresi 10 yıl ve üzeri olan bireylerdir. Yardımcı cihaz kullanma durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları ise psikolojik atıflar, faktöründe yardımcı cihaz kullanan bireylerden kaynaklı oluşmuştur. Bunlar dışında gonartrozlu bireylerde sağlık durumları ile gonartroza ilişkin hastalık nedenleri arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.10).

Gonartrozlu bireylerin hemşirelik bakım algıları genel olarak yüksek düzeydedir. Hemşirelik bakım düzeyini ölçen başka çalışmalarla benzer bulunmuştur (140, 141, 142) Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelik bakım algısı durumları her bir değişken açısından karşılaştırıldığında; gruplar arası puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (Tablo 4.11).

Gonartrozlu bireylerin dizinden ameliyat olma durumu ile hastanın hemşirelik bakımını algılaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu fark dizinden ameliyat olmayan bireylerden kaynaklanmaktadır. Yardımcı cihaz kullanma durumu ile hastanın hemşirelik bakımını algılama arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu fark yardımcı cihaz kullanmayan bireylerden kaynaklanmaktadır. BKI ile hemşirelik bakımını algılama durumları incelendiğinde gruplar arası puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Bu farkın kaynağı çok şişman olan bireylerdir. Yapılan birçok çalışmada gonartrozlu bireyler şişman olarak bulunmuştur (4, 159). Gonartroz için en önemli önlenilebilir risk faktörü şişmanlıktır. Bu bakımdan kilo kontrolü tedavide önemli bir yer almaktadır. Hemşireler eğitici rolleri ile şişman bireylerde yaşam tarzı değişiklikleri sağlayabilmektedirler (174, 175). Bunlar dışında gonartrozlu bireylerin sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgilerine göre hastanın hemşirelik bakımını algılama arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.13).

Gonartrozlu bireylerin hastalık tipi puanları ile hemşirelik bakımını algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Gonartrozlu bireylerin hastalık hakkındaki görüşleri puanları ile hemşirelik bakımını algılama durumları karşılaştırıldığında; sadece duygusal temsiller faktöründe düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişkili olduğu saptanmıştır. Diğer alt faktörlerde herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Hastalık nedenleri ile hastanın hemşirelik bakımını algılama durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ise psikolojik atıflar ve risk faktörleri arasında negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişkiler oluşmuştur. Bağışıklık ve kaza-şans faktörleri ile hastanın hemşirelik bakımını algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Gonartrozlu bireylerde hastalık algısı ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar araştırma sorularına yönelik aşağıda sunulmuştur.

- ✓ **Gonartrozlu bireylerin hastalık algısı ne düzeydedir? Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgisi hastalık algısını etkilemekte midir?**

Araştırmaya katılan bireylerin çoğu 60-79 yaş arasında, cinsiyeti kadın, ilköğretim mezunu, medeni durumu evli, ev hanımı, il merkezinde yaşadığı, geliri giderine denk, eşi ile yaşadığı bulunmuştur. Bu bireylerin çoğu günlük aktivite durumu iyi, sigara ve alkol kullanmadığı,

şışman, 0-5 yıl gonartroz tanısına ve gonartroza ilişkin kısmen bilgiye sahip olduğu, dizinden ameliyat geçirmediği, yardımcı cihaz kullanmadığı, gonartroza eşlik eden kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Bireylerin ağrı, uzun süre yürüyememe, uzun süre ayakta durmama, diz ekleminden ses gelmesi, yorgunluk, dizde ödem, merdiven çıkamama, çömelememe, düşme vs. gibi şikâyetlerinin olduğu belirlenmiştir. Bireylerin, hastalıklarının başlangıcından beri HAÖ'nün hastalık tipi alt boyutundan hastalık ile ilgili olduğunu düşündükleri belirtileri en fazla ağrı, eklem sertliği, yorgunluk, güç kaybı yaşadıkları bulunmuştur. Gonartrozlu bireylerin, HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda en fazla puan ortalaması tedavi kontrolü en az hastalığı anlayabilme faktörlerinde olduğu saptanmıştır. Yaş ile hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü faktörlerinde anlamlı farklılıklar olduğu, iki alt faktörde de anlamlı farkın kaynağı 60-79 yaş bireylerden oluştuğu belirlenmiştir. Cinsiyete ile hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu duygusal temsiller arasında kadınlardan kaynaklı anlamlı farkın olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu ile hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller faktörleri arasında anlamlı farklılıkların oluştuğu, hastalığı anlayabilme de ortaokul mezunu bireylerden kaynaklı anlamlı farkın oluştuğu, duygusal temsillerde ise anlamlı farkın kaynağı okuryazar olmayan bireyler olduğu saptanmıştır. Yaptığı iş ile duygusal temsiller arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farkın kaynağı en hanımı olan bireylerdir. Bunlar dışında tanıtıcı özellikler ile hastalık hakkındaki görüşler arasında herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır. Gonartrozlu bireylerin günlük aktivite durumları ile sonuçlar, tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) faktörleri arasında anlamlı farklılıklar vardır. Sonuçlar faktöründeki bu fark günlük aktivite durumları kötü olanlardan kaynaklanmaktadır. Tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) faktörleri arasındaki anlamlı fark günlük aktivite durumu çok iyi olanlardan kaynaklanmaktadır. Gonartrozlu bireylerin alkol kullanımı ile süre (akut/kronik) faktöründe istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark alkol kullanmayı bırakan bireylerden kaynaklıdır. Dizinden ameliyat olma durumu incelendiğinde süre (akut/kronik) faktöründe dizinden ameliyat olmayan bireylerden kaynaklı anlamlı fark varken, tedavi kontrolü faktörü dizinden ameliyat olan bireylerden kaynaklı fark oluşmuştur. Gonartroz tanı süresi ile süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü arasındaki anlamlı bir fark bulunmuştur. Süre (akut/kronik) faktöründe farkın kaynağı 10 yıl ve üzeri gonartroz tanısı olan bireylerdir. Tedavi kontrolü faktöründe farkın kaynağı 0-5 yıl tanı süresine sahip bireylerden kaynaklanmaktadır. Yardımcı cihaz kullanma durumuna göre grupların puan

ortalamaları arasındaki fark ise sadece sonuçlar alt bölümünde yardımcı cihaz kullanmayanlardan kaynaklı anlamlıdır. Gonartroza eşlik eden kronik hastalık durumunda tedavi kontrolü ve duygusal temsiller faktörlerinde anlamlı farklılıklar vardır. Tedavi kontrolü faktöründe gonartroza eşlik eden kronik hastalığı olmayan bireylerden kaynaklı fark vardır. Duygusal temsiller faktöründe gonartroza eşlik eden kronik hastalığı olan bireylerden kaynaklı fark oluşmuştur. Gonartrozlu bireyler HAÖ'nün hastalığın nedenleri alt boyutunda en yüksek ortalama risk faktörleridir. En düşük nedenler ise bağışıklık faktörü olduğu saptanmıştır. Hastalık nedenleri alt boyutu psikolojik atıflar ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmuştur ve farkın kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Gonartrozlu bireylerin eğitim durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark, risk ve bağışıklık alt faktörlerinde vardır. Farkın kaynağının ortaokul mezunu bireyler olduğu saptanmıştır. Medeni durum açısından sadece psikolojik atıflarda anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizler sonucu farkın bekârlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gelir durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları farkı ise sadece bağışıklık faktöründe geliri giderine denk ile geliri giderinden az olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gonartrozlu bireylerin kimlerle yaşadığı ile psikolojik atıflar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın kaynağı çocuklarıyla yaşayan bireylerdir. Bunlar dışında gonartrozlu bireylerde tanıtıcı özelliklerine göre hastalık nedenleri arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır. Günlük aktivite durumu ile psikolojik atıflar ve bağışıklık faktörleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar günlük aktivite durumu kötü olan hastalardan kaynaklanmaktadır. Bireylerin gonartroz tanı süreleri açısından hastalık nedenleri incelendiğinde; bağışıklık faktöründe gruplar arası puan ortalamaları arasında anlamlı fark oluşmuştur. Anlamlı farkın kaynağı ise hastalık süresi 10 yıl ve üzeri olan bireylerdir. Yardımcı cihaz kullanma durumu açısından gruplar arası puan ortalamaları ise psikolojik atıflar, faktöründe yardımcı cihaz kullanan bireylerden kaynaklı oluşmuştur. Bunlar dışında gonartrozlu bireylerde sağlık durumları ile gonartroza ilişkin hastalık nedenleri arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

- ✓ **Gonartrozlu bireylerin hemşirelik bakım algısı ne düzeydedir? Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumları ile hastalığa dair bilgisi hemşirelik bakım algısını etkilemekte midir?**

Gonartrozlu bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelik bakım algısı durumları her bir değişken ile karşılaştırıldığında; gruplar arası puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Gonartrozlu bireylerin dizinden ameliyat olma durumu ile hastanın hemşirelik bakımını algılaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu fark dizinden ameliyat olmayan bireylerden kaynaklanmaktadır. Yardımcı cihaz kullanma durumu ile hastanın hemşirelik bakımını algılama arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu fark yardımcı cihaz kullanmayan bireylerden kaynaklanmaktadır. BKİ ile hemşirelik bakımını algılama durumları incelendiğinde gruplar arası puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Bu farkın kaynağı çok şişman olan bireylerdir. Bunlar dışında gonartrozlu bireylerin sağlık durumları ile gonartroza ilişkin bilgilerine göre hastanın hemşirelik bakımını algılama arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

✓ **Gonartrozlu bireylerin hastalık algısı ile hemşirelik bakım algısı arasında bir ilişki var mıdır?**

Gonartrozlu bireylerin hastalık tipi puanları ile hemşirelik bakımını algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Gonartrozlu bireylerin hastalık hakkındaki görüşleri puanları ile hemşirelik bakımını algılama durumları karşılaştırıldığında; sadece duygusal temsiller faktöründe düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişkili olduğu saptanmıştır. Diğer alt faktörlerde herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Hastalık nedenleri ile hastanın hemşirelik bakımını algılama durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ise psikolojik atıflar ve risk faktörleri arasında negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişkiler oluşmuştur. Bağışıklık ve kaza-şans faktörleri ile hastanın hemşirelik bakımını algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırmadan Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda;

- ✓ Bu çalışma gonartroz tanılı bireylerin hastaya özgü hemşirelik bakımını planlama ve uygulama noktasında hastalık algısı kavramının önemini ortaya koymaktadır.
- ✓ Gonartrozlu bireylerde hastalık görüşleri alt boyunda hastalığı anlayabilme faktörünün en düşük olması sebebiyle hemşireler bakım esnasında hastaların hastalık algıları, hastalığa dair bilgi düzeyleri sorgulanıp, değerlendirilmeli bu doğrultuda bütüncül bir yaklaşımla eğitim programları düzenlenmelidir.
- ✓ BKİ'nin normal düzeye olması için hasta ve ailesine gerekli destek sağlanmalıdır.

- ✓ Kadın bireylerde duygusal temsiller faktörünün puan ortalaması yüksek olması sebebiyle verilen hizmet içi eğitimlerde bu durum dikkate alınmalı ve gerekli birimlerle iş birliği yapılmalıdır.
- ✓ Sağlık personelleri hastalık algısı ile hemşirelik bakım algısı hakkında bilinçlendirilmelidir.
- ✓ Gonartrozlu bireylerin hastalık algıları ile hemşirelik bakımını algılama arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarının artırılarak daha farklı örneklem gruplarıyla tekrarlanması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Fejer R, Ruhe A. What is the prevalence of musculoskeletal problems in the elderly population in developed countries? A systematic critical literature review. *Chiropr Man Therap.* 2012;20(1):1-52.
2. Ekenler Ş, Arslan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2019;22(3):151-160.
3. Narin S, Ünver B, Bakırhan S, Bozan Ö, Karatosun V. Hospital for special surgery (hss) diz skorunun türkçe versiyonunun kültürel adaptasyonu, güvenilirlik ve geçerliliği. *Arta Orthop Traumatol Turc.* 2014;48(3):241-248.
4. Tütün Ş, Altın F, Özgönenel L, Çetin E. Diz osteoartriti olan hastalarda tanıtıcı özellikler ile yaş, ağrı, cinsiyet ve obezite arasındaki ilişki. *İst Tıp Fak Derg.* 2010;11(3):109-112.
5. Cui A, Li H, Wang D, Zohong J, Chen Y, Lu H. Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *Eclinical Medicine.* 2020;29-30:100587.
6. World Health Organization. Osteoarthritis [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi 14 Temmuz 2023]. Erişim adresi: <http://www.who.int>
7. Safiri S, Kolahi A, Smith E, Hill C, Bettampadi D, Mansournia MA ve ark. Global, regional and national burden of osteoarthritis 1990-2017: a systematic analysis of the global burden of disease study 2017. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(6):819–828.
8. Onel D. Romatizmal hastalıklar.3. Baskı. İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri;1994
9. Güven Z. Osteoaritte steroid olmayan ilaçların akılcı kullanımı. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi.* 2005;(Özel sayı):35-39.
10. Deveza LA, Loeser RF. Is osteoarthritis one disease or a collection of many?. *Rheumatology.* 2018;57(4):34-42.

11. Kim HS, Shin JS, Lee J, Lee YJ, Kim MR, Bae YH ve ark. Association between knee osteoarthritis, cardiovascular risk factors, and the framingham risk score in South koreans: a cross-sectionalstudy. Plos One. 2016;11(10):1-13.
12. Gelecek N. Osteoartrit ve fizyoterapi. Algun C, Editör. Fizyoterapi ve rehabilitasyon. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2018.
13. National Institute for Health and Care Excellence, Osteoarthritis: careand management [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 22 Mayıs 2023]. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568417/pdf/Bookshelf_NBK568417.pdf
14. Başara B, Dirimeşe V, Özkan E, Varol Ö. Sakatlık (yld) yükünün önde gelen nedenleri. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Editörler. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık; 2007.
15. Şentürk S, Arslan DE, Korkmaz M. Osteoartritli hastalarda metabolik sendrom sıklığı ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2021;9(1):105-116.
16. Kalpakçioğlu BA, Çakmak B, Bahadır C. Diz osteoartritinde ultrason ve kısa dalga diatermi tedavilerinin karşılaştırılması. Turk J Physiother Rehabil. 2006;52:168-173.
17. Uğraş AA, Öneş K, Çetinus E. Osteoartritin cerrahi dışı tedavi seçenekleri. TOTBİD Dergisi. 2010;9(4):195-202.
18. Atmaca H, Özkan A. Diz osteoartriti olan hastalarda gebelik ve vücut kitle indeksinin etkisi. AbantMedJ. 2013;2(1):12-16.
19. Karaaslan Y. Osteoartrit. Kadayıfçı A, Karaaslan Y, Editörler. İç hastalıklar el kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği;1998.
20. Eren TO, Küçükaya M, Tezer M, Holtby RM. Diz osteoartritinde artroskopik debridman. Acta Orthop Traumatol Turc. 1997;31:484-487.
21. Loeser RF, Collins JA, Diekman BO. Agein gand the pathogenesis of osteoarthritis. Nat Rev Rheumatol. 2016;12:412-420.

22. Kielly J, Davis EM, Marra C. Practice guidelines for pharmacists: the management of osteoarthritis. *Can Pharm J.* 2017;150(3):156–68.
23. Onel D. Romatizmal hastalıklar.3. Baskı. İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri;1994.
24. Hatipoğlu F, Çoğalgil Ş, Cerrahoğlu L. Fizik tedavi uygulanan gonartrozlu hastalarda intra artikuler sodyum-hyaluronanın etkileri. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi.* 2002;4(1):5-11.
25. Köylü US, Bozkurt S, Nazlıkul H. Gonartrozda nöralterapinin etkinliği. *BARNAT.* 2019;12(3):11-13.
26. Sarıfakıoğlu B, Güzelant AY, Özduran E. Gonartroz tedavisinde kısa dalga diatermi ve ultrason tedavilerinin karşılaştırılması. *Türk Osteoporoz Dergisi.* 2014;20:16-20.
27. Ünal N, Tosun B, Can B, Tunay S, Bek D, Özkan H ve ark. Diz osteoartriti olan hastaların yaşam kalitesinin ve etki eden parametrelerin belirlenmesi. *Düzce Tıp Fak Derg.* 2016;18(3):83-90.
28. Şengül CB, Akkaya N. Romatolojik hastalıklar ve depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2014;6(4):363-374.
29. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *TTD.* 2009;10(2):63-68.
30. Ibrahim N, Desa A, Chiew-Tong NK. Illness perception and depression in patients with endstage renal disease on chronic haemodialysis. *The Social Sciences Medwell Journals.* 2011;6(3):221-226.
31. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2001;12(1):17-25.
32. Sevinç S. Kısır döngü: osteoartrit ve obezite (olgu sunumu). *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2014;2(2):80-88.
33. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2007;8:271-280.

34. Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. Cukurova Medical Journal. 2013;38(1):31-40.
35. Petrie JK, Weinman J. Why illness perception smatter. Clin Med. 2006;6(6):536–539.
36. Karabulutlu EY, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14:25-31.
37. Kocaman N, Okanlı A, Karabulutlu EY, Karahisar F, Özkan S. Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: çok merkezli bir çalışma. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013;14:252-259.
38. Kurşun Ş, Kanan N. Bakım davranışları ölçeği-24'ün Türkçe formu'nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Journal of Nursology. 2012;15(4):229-235.
39. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Derg. 2009;(40):113-119.
40. Büyükyörük N, Dilmen B, Bayram M. Burdur devlet hastanesinde yatan hastaların intörn hemşirelerden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. SDÜ Tıp Fak Derg. 2010;17(3):1-6.
41. Tükel B, Acuner A, Önder Ö, Üzgül Ü. Ankara üniversitesi ibn-i sina hastanesinde yatan hasta memnuniyeti. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;57(4):206-207.
42. Çevik K, Eşer İ. Nöroşirurji Kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. FNJN. 2014;22(2):76-83.
43. Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y, Fisher ML. Relations hip between nursing care quality, nursestaffing, nursejobsatisfaction, nursepracticeenvironment, andburnout: literatüre review. International Journal of Research in Medical Sciences. 2015;3(8):1825-1831.
44. Cheng L, Cumber S, Dumas C, Winter R, Nguyen K, Nieman L. Health related quality of life in pregeriatric patients with chronic diseases at urban, public supported clinics. Health Qual Life Outcomes. 2003;1(63):1-8.
45. Ertuğrul D. Hastaların Buldukları Ünitelerin ve Bağımlılık Düzeylerinin Hemşirelik Bakımını Algılamalarına Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2015.

46. Çubukcu, D, Sarsan A, Alkan H. Relation ships between pain, function andradio graphic findings in osteoarthritis of the knee: a cross-sectionalstudy. *Arthritis*. 2012;2012:1-5.
47. Gümüş K, Ünsal A. Osteoartritte hemşirelik bakımına güncel bir bakış. *Balıkesir Sağlık Bil. Derg.* 2014;3(3):179-182.
48. Lespasio MJ, PiuZZi NS, Husni ME, Muschler GF, Guarino A, Mont MA ve ark. Knee osteoarthritis: a primer. *Perm J*. 2017;21:16-183.
49. Çelik KS, Kahraman A, Maralcan G. Osteoartritin patogenezinde rolü olan oksidatif stres ve inflamasyon üzerine hyalüronik asidin etkisi. *Kocatepe Tıp Derg.* 2010;11:1-7.
50. Akdemir N, Birol L. İç hastalıklar ve hemşirelik bakım. 3. Basım. Ankara: Sistem Ofset; 2011.
51. Postler A, Ramos AL, Goronzy J, Günther KP, Lange T, Schmitt J, Zink A, Hoffmann F. Prevalence and treatment of hip and knee osteoarthritis in people aged 60 years or older in germany: an analysis based on health insurance claims data. *Clin Interv Aging*. 2018;14(13):2339-2349.
52. Wallace IJ, Worthington S, Felson DT, Jurmain RD, Wren KT, Maijanen H ve ark. Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century. *PNAS*. 2017;35(114):9332-9336.
53. Jordan KM, Syddall HE, Garnero P, Gineyts E, Dennison EM, Sayer AA ve ark. Urinary CTX-II and glucosyl-galactosyl-pyridinoline are associated with the presence and severity of radio graphic knee osteoarthritis in men. *Ann Rheum Dis*. 2006;65(7):871-877.
54. Yeşil H, Hepguler S, Ozturk C, Capaci K, Yesil M. Prevalence of symptomatic knee, hand and hip osteoarthritis among individuals 40 years or older: a study conducted in izmir city. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2013;47(4):231-235.
55. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman R, Arden N ve ark. OARSI recommen dations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2008;16(2):137-162.

56. Ackerman IN, Osborne RH. Obesit yandin creased burden of hip and knee joint disease in Australia: results from a national survey. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012;13(254):2-13.
57. World Health Statistics 2022: monitoring health forthe SDGs, sustainable development goals [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 20 Nisan 2023]. Erişim adresi: <http://www.who.int>
58. Loeser RF. The role of aging in the development of osteoarthritis. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2017;128:144.
59. Bilge A, Ulusoy RG, Üstebay S, Öztürk Ö. Osteoartrit. *Kafkas J Med Sci.* 2018;8(1):133-142.
60. Swift A. Osteoarthritis 1: physiology, risk factors and causes of pain. *Nursing Times.* 2012;108(7):12-15.
61. Güven SC, Özdemir O, Dinçer F. Osteoartrit ve obezite ilişkisi. *J Phys Med Rehabil Sci.* 2016;19(1).76-84
62. Gökçen N, Çoşkun İB, Başaran S. Diz osteoartritinde izokinetik test ve egzersizler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 2015;24(2):228-238.
63. Karataş T, Yılmaz E, Polat Ü. Osteoartrit yönetimi, yaşam kalitesi ve hemşirenin destekleyici rolü. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2022;29(2):265-271.
64. Brouwer RW, Huizinga MR, Duivenvoorden T, Van RTM, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SMA ve ark. Osteotomy for treating knee osteoarthritis, *Cochrane Database of Syst Rev.* 2014;12(1):CD004019.
65. Gökçe YK, Kara M. Diz osteoarriti. Sarıdoğan M, Editör. *Tanıdan tedaviye osteoartrit.* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2007.
66. Samancı N, Kaçar C, Sayın M, Tuncer T. Primer diz osteoartritinde metabolik, endokrin ve sosyo-kültürel risk faktörleri ve radyolojik bulgularla ilişkisi. *Romatizma.* 2003;18(2):92-98.
67. Taşdemir Z, Demir ř, Taşdemir O, Sargın M. Kilo vermenin bel ve diz ağrılarına etkisi. *Ankara Medical Journal.* 2018;18(3):267-275.

68. Nguyen USD, Zhang Y, Zhu Y, Niu J, Zhang B, Felson DT. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: survey and cohort data. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(11):725-732.
69. Murphy L, Schwartz TA, Helmick CG, Renner JB, Tudor G, Koch G ve ark. Lifetime risk of symptomatic knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2008;59(9):1207–1213.
70. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JW, Dieppe P ve ark. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the standing committee for international clinical studies including the therapeutic trials (escisit). *Ann Rheum Dis* 2003;62;1145-1155.
71. Felson DT. Epidemiology of knee and hip osteoarthritis. *Epidemiol Rev*. 1988;10(1):1-28.
72. Jang S, Lee K, Ju JH. Recent Updates of diagnosis, pathophysiology, and treatment on osteoarthritis of the knee. *Int. J. Mol. Sci*. 2021;22(5):1-15.
73. Deshpande BR, Katz JN, Solomon DH, Yelin EH, Hunter DJ, Messier SP ve ark. The number of persons with symptomatic knee osteoarthritis in the united states: impact of race/ethnicity, age, sex, and obesity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68:1743–1750.
74. Akkoç N. Türkiye’de romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve diğer ülkelerle karşılaştırması. *RAED Dergisi*. 2010;2:1-8.
75. Atalay SG, Alkan BM, AYTEKİN MN. Osteoartrite güncel yaklaşım. *AnkaraMedJ*. 2013;13(1):26-31.
76. Türkiye İstatistik Kurumu [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 22 Mayıs 2023]. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>
77. Kolukısa Ş, Atlıg RŞ, İçağasıoğlu A, Demirhan E. Kalça ve diz osteoartritine etki eden parametrelerin incelenmesi ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. *Göztepe Tıp Derg*. 2010;25(2):58-66.
78. Woo J, Lau E, Lee P, Kwook T, Lau WCS, Chan C ve ark. Impact of osteoarthritis on quality of life in a hong kong chinese population. *J Rheumatol*. 2004;31:2433-2438.

79. O'Connor MI. Sex differences in osteoarthritis of the hip and knee. *J Am Acad Orthop Surg.* 2007;15:22-25.
80. Sarıdoğan M. Osteoartritte eklemlere göre klinik bulgular. *Türk Geriatri Dergisi.* 2011;14(1):31-36.
81. Sözmezer E, Özköslü MA. Osteoartritli olgularda kısa süreli bisiklet egzersizlerinin ağrı, yorgunluk, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkinliğinin incelenmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017;2(1):60-72.
82. Ekşioğlu E, Gürçay E. Total diz artroplastisi sonrası rehabilitasyon. *İst Tıp Fak Derg.* 2013;76(1):16-21.
83. Chen H, Zheng X, Huang H, Liu C, Wan Q, Shang S. The effects of a home-based exercise intervention on elderly patients with knee osteoarthritis: a quasiexperimental study. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2019;20(1):1-11.
84. Hurley MV, Scott DL, Rees J, Newham DJ. Sensorimotor changes and functional performance in patients with knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 1997;56(11):641-648.
85. Hunter DJ, Felson DT. Osteoarthritis. *BMJ.* 2006;332(7542):639-642.
86. Uysal FG, Başaran S. Diz osteoartriti. *Turk J Physiother Rehabil.* 2009;55(1):1-7.
87. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteoarthrosis. *Ann Rheum Dis.* 1957;16(4):494-502.
88. Kozanoğlu E. Dejeneratif eklem hastalığı rehabilitasyonu. *Turkish Journal of Geriatrics.* 1999;2(2):71-75.
89. Atamaz F, Hepgüler S, Öncü J. Diz osteoartrisinde ağrı ve özürllükle ilişkili faktörler. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* 2006;52:119-122.
90. Meier W, Mizner RL, Marcus RL, Dibble LE, Peters C, Lastayo PC. Total knee arthroplasty: muscle impairment, function allimitations, and recommend edrehabilitation approaches. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38:246-256.
91. Lüleci EN, Lüleci N. Osteoartrit tedavisinde topikal NSAİİ'lerin yeri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi.* 2017;9(4):6-11.

92. Çeliker R. Kalça ve diz osteoartriti tedavisinde güncel kılavuzlar. Hacettepe Tıp Derg. 2008;39:36-44.
93. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J ve ark. American college of rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip and knee. Arthritis Care Res. 2012;64(4):465-474.
94. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J ve ark. 2019 American college of rheumatology/arthritis foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Arthritis & Rheumatology. 2020;72(2):220-233.
95. Altman RD, Hochberg MC, Moskowitz RW, Schnitzer TJ. Recommendations for the medical management of the osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Arthritis Rheum. 2000;43(9):1905-1915.
96. Sharma V, Anuvat K, John L, Davis M. Knee osteoarthritis: pathophysiology and current treatment modalities. Journal of Pain Research. 2018;11:2189-2196.
97. Karadağ S, Uyunmaz B. Diz osteoartriti bireylerde transkütanöz elektriksel sinir uyarımı (tens) kullanımı. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2022;9(1):33-38.
98. Nazlıkul FU, Aydın E, Nazlıkul H. Diz osteoartriti (gonartroz) olan hastalarda egzersiz ve transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (tens) uygulamasının karşılaştırılması. BARNAT. 2020;14(2):25-29.
99. Yılmaz DS, Sarıkaya S. Diz osteoartriti hastalarında tanı ve kılavuzlar ışığında güncel tedavi. Med J West Black Sea. 2021;5(2):115-124.
100. Geenen R, Overman CL, Christensen R, Åsenlöf P, Capela S, Huisinga KL ve ark. EULAR recommendations for the health professional approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018;77(6):797-807.
101. Karaca ŞB, Kuzan ND. Diz osteoartriti fizik tedavi kaplıca etkinliği. KÜTFD. 2019;21(3):340-346.

102. Demiriz YS, Sarıkaya S. Diz osteoartriti hastalarında tanı ve kılavuzlar ışığında güncel tedavi. *Batı Karadeniz Tıp Derg.* 2021;5(2):115-124.
103. Tözün Rİ, Özden VE. Periferik eklem osteoartritinde cerrahi tedavi. Sarıdoğan M. Editör. *Osteoartrit. Tanıdan Tedaviye Osteoartrit.* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2007.
104. Ünsal A. Artritle yaşamayı öğrenebilirsiniz. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2005.
105. Vanoh D, Shahar S, Razali R, Ali NM, Manaf ZA, Mohd Noah SA ve ark. The effectiveness of a web-based health education tool, version 2.0, among older adults: a randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis.* 2019;70(1):255-270.
106. Yakut E, Naciye VY, Akdoğan A, Kiraz S. Diz osteoartriti olan hastalarda pilates egzersizlerinin rolü: bir pilot çalışma. *Turk J Physiother Rehabil.* 2006;17(2):51-60.
107. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi.* 2010;24(2):36.
108. Hansson EE, Jönsson-Lundgren M, Ronnheden AM, Sörensson E, Bjärnung Å, Dahlberg LE. Effect of an education programme for patients with osteoarthritis in primary care—a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2010;11(1):1-7.
109. Tuncer T, Çay HF, Kaçar C, Altan L, Atik OŞ, Aydın A ve ark. Evidence-based recommendations for the management of knee osteoarthritis: a consensus report of the Turkish League Against Rheumatism. *Turk J Rheumatol.* 2012;27(1):1-17.
110. Kugbey N, Asante KO, Meyer-Weitz A. Illness perception and coping among women living with breast cancer in Ghana: an exploratory qualitative study. *BMJ Open.* 2020;10(7):1-7.
111. Öztürk YE, Kıracı R. Sağlık ve hastalık. *Scientific Developments.* 2019;26-34:382-389.
112. Yılmaz KE, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.* 2015;2(3):271-284.

113. Boonsatean W, Carlsson A, Rosner ID, Östman M. Sex-related illness perception and self-management of a thaitype 2 diabetes population: a cross-sectional descriptive design. *BMC Endocrine Disorders*. 2018;18(1):1-9.
114. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. The Turkish reliability and validity study in cancer patients of illness perception questionnaire. *KPD*. 2007;10:192–200.
115. Karadağ Z, Akkuş Y. Hipertansiyon hastalarında hastalık algısının belirlenmesi. *Turkish Journal of Cardiovasc Nursing*. 2020;11(26):111-118.
116. Çelikkaleli Ö. İçsel durumların kontrolü algısı ölçeği: türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Electronic Turkish Studies*. 2018;13(11):422-437.
117. Mosleh SM, Almalik MM. Illness perception and adherenceto healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(4):223-230.
118. Yang M, Jiang L, Wang Q, Chen H, Xu G. Raditional chinese medicine for knee osteoarthritis: an over view of systematic review. *Plos One*. 2017;12(12):1-16.
119. Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*. 2013;2:367-387.
120. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: Mattek Matbaacılık; 2010.
121. Pouli N, DasNair R, Lincoln NB, Walsh D. Theexperience of living with knee osteoarthritis: Explorin gillness and treatment beliefs through thematic analysis. *Disabil Rehabil*. 2014;36(7):600-607.
122. Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *HSP*. 2015;2(3):271-284.
123. Karagülle Ç, Çiçek SC. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi. *Turkish Journal of Science and Health*. 2020;1(2):36-49.
124. Doğan N, Görüş S, Demir H. Levels of painand self-efficacy of individuals witho steoarthritis. *Agri*. 2016;28(1):25-31.

125. Özdelikara A, Gürkan TA, Atasayar BŞ. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. Samsun Sağlık Bil Der. 2020;5(1):42-49.
126. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. HUHMFAD. 2010;17(2):74-82.
127. Türk Dil Kurumu [Internet]. [Erişim Tarihi 22Nisan 2023]. Erişim Adresi:<https://sozluk.gov.tr/>
128. Kabasakal A, Kitiş Y. Watson'ın insan bakım modelinin kavramsal açıdan incelenmesi. SAK. 2021;6(2):45-50.
129. Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. FNJN. 2015;23(1):32-40.
130. Ünal AKS. Hemşireliğin rol, görev, yetki ve sorumlulukları. Ünsal A, Editör. Hemşirelik tarihi deontoloji ve etik. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2021.
131. Basit G. Bakımın rehberi: hemşirelik süreci. JGEHES. 2020;2(2):77-90.
132. Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Gülhane Tıp Derg. 2013;55(3):181-187.
133. Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. HUHMFAD. 2014;1(2):32-41.
134. Kaya H, Atar YN, Eskimez Z. Hemşirelik model ve kuramları. Aştı AT, Karadağ A, Editörler. Hemşirelik esaslar bilgiden uygulamaya: kavramlar-ilkeler-beceriler. İstanbul: Akademi Yayınlar Birliği;2021.
135. Korkmaz N, Coşkun G, Boyraz İ. Farklı şiddetteki diz osteoartritli hastalarda kinezyofobi ağrı fonksiyonel durum ve öz etkililik arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2022;10(1):11-16.
136. Harris H, Crawford A. Recognizing and managing osteoarthritis. Nursing. 2015;45(1),36-42.
137. Kol E, Geçkil E, Arıkan C, İltar M, Özcan Ö, Şakirgün E ve ark. Türkiye'de hemşirelik bakım algısının incelenmesi. ACU Sağlık Bil Derg. 2017;3:163-172.

138. Yanık D. Osteoartrit Tanısı ile Diz Protezi Operasyonu Olması Planlanan Hastaların Kişisel Deneyimleri Işığında Hastalık Algılarının Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi; 2019.
139. Hayıroğlu CS. Kas İskelet Sistemi Kökenli Kronik Hastalıklardan Fibromiyalji, Romatoid Artrit, Generalize Osteoartrit ve Nöropatik Ağrıda Hastalık Algısının Önemi [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2018.
140. Fındık ÜY, Yeşilyurt DS. Cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;20(3):195-200.
141. Özcan G, Kurşun Ş. Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaların hemşirelik bakım kalitesini algılaması. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2021;1(3),107-116.
142. Gül Ş, Dinç L. Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. *HUHEMFAD*. 2018;5(3):192-208.
143. Özşaker E, Sevilmiş H, Özcan Y, Samast M. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımını algılayışı ve memnuniyet düzeyleri. *J Contemp Med* 2021;11(1):110-117.
144. Çoban İG, Kaşıkçı M. Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *FNJN*. 2008;16(63):165-171.
145. Şişe Ş. Hastaların hemşirelik memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal*. 2013;14:69-75.
146. Topçu S, Çakmak B. Surgical patients' perceptions of the care provided by student nurses. *International Journal of Caring Sciences*. 2014;7(1):195-202.
147. Öztürk, H, Demirsoy, N, Sayligil O, Florczak, KL. Patients' perceptions of nursing care in a university hospital. *Nursing Science Quarterly*. 2020; 33(1):12–18.
148. Yıldırım C. Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerin Kişilik Özelliklerinin Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2019.

149. Weinman J, Petrie KJ, Moss-morrisR, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitiv erepresenttation of illness. *Psychol Health*. 1996;11(3):431-445.
150. Moss-morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, buick, D. The revised illness perception questionnaire (ipq-r). *Psychology and Health*. 2002;17(1):1-16.
151. Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım; 2010.
152. Dozier A, Kitzman H, Ingersoll G, Holmberg S, Schultz A. Development of an instrumentto measure patient perception of the quality of nursing care. *Res Nurs Health*. 2001;24:506-517.
153. Çoban İG. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği' nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması [Yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.
154. Tabachnick BG, Fidell LS. *Experimental designs using ANOVA*. Belmont CA: Thomson/Brooks/Cole; 2007.
155. Taşdemir M. Eğitimde planlama ve değerlendirme (2.basım). Ankara: Ocak Yayınevi; 2003.
156. Bayındır SK, Biçer S. Holistik hemşirelik bakımı. *İKÇÜSBFD*. 2019; 4(1):25-29.
157. Yılmaz M. Holistik bakımının bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(2):61-70.
158. İnan Ç, Kıyak E. Diz osteoartritli hastalarda sıcak ve soğuk uygulamanın ağrı, tutukluk ve fiziksel fonksiyon üzerine etkisi. *HAED*. 2014;16(2):1-10.
159. Yılmaz E, Toğaç KH. Gonartrozlu hastalarda fonksiyonel yetersizliğin yaşam kalitesine etkisi. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(1):308-316.
160. Atukorala I, Makovey J, Lawler L, Messier SP, Bennell K, Hunter DJ. Is there a dose-response relationship between weight loss and syptom improvement in persons with knee osteoarthritis. *Arthritis Care & Res*. 2016;68:1106-1114.

161. Zheng H, Chen C. Body mass index and risk of knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of prospective studies. *BMJ Open*. 2015;5:1-8.
162. Altındag Ö, Sırmatel Ö, Tabur H. Diz osteoartriti olan hastalarda tanıtıcı özellikler ve klinik parametrelerle ilişkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fak Dergisi*. 2006;3(2):62-66.
163. Atmaca H, Özkan A. Diz osteoartriti olan hastalarda gebelik ve vücut kitle indeksinin etkisi. *AbantMedJ*. 2013;2(1):12-16.
164. Kawano MM, Araújo ILA, Castro MC, Matos MA. Assessment of quality of life in patient with knee osteoarthritis. *Acta Ortopédica Brasileira*. 2015;23(6):307-310.
165. Gündüz F, Karabulutlu EY. Tip 11 diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;19(2):106-113.
166. Aktaş İ, Yıldırım AK, Özkan FÜ, Kaysın MY, Şilte AD. Yatarak fizyoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve maliyet analizi. *Marmara Med J*. 2013;26;34-38.
167. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):67-99.
168. Cantekin I, Çoban SA, Koprulu E. Illness perception of turkish patient sunder going hemodialysis and peritoneal dialysis: similarities and differences. *Clin Exp Health Sci*. 2022;12:94-101.
169. Çiftçi AC. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Hastalık Algısının İncelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi; 2022.
170. Özgür H, Doğan N. Tip 2 Diabetes mellituslu geriatric bireylerin hastalık algısı ve sosyal ilişkilerinin belirlenmesi. *OTSBD*. 2022;7(4):574-585.
171. Kayış A. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2009.

172. akıroğlu Ő. Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Hastalık Algılarının Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2023.

173. Ciddi S. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2010.

174. Yaralı S, Hacıoğlu N. Obezite yönetiminde sağlık inanç modelini kullanma ve hemŐirenin rolü. GÜSBD. 2020;9(4):407-415.

175. Erdil F, Bayraktar N. Yaşlı bireylerde kas-iskelet sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları. İÜFN Hem Derg. 2010;18(2):106-113.

EKLER

EK-1: Hasta Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu anketin amacı, **Gonartrozlu bireylerde hastalık algısı ile hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi** belirlemek için yapılmaktadır. Bu ankettten güvenilir sonuçlar elde etmek için içtenlikle cevap vermeniz ve cevapsız soru bırakmamanız önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi Rabia Ümüş ÖZTÜRK
Ayla ÜNSAL

Tez Danışmanı Prof.Dr.

1- Yaşınız

2- Cinsiyetiniz 1. Kadın 2. Erkek **4- Medeni Durumunuz** 1.
Evli 2. Bekar 3. Dul

3- Eğitim Durumunuz 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3.
İlkokul

4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite ve üzeri

5- Yaptığınız iş **6- Yaşadığınız yer** 1. Köy 2. İlçe
3. İl merkezi

7- Gelir durumunuz 1. Gelir giderden fazla 2. Gelir gideri denk 3. Gelir
giderden az

8- Kiminle birlikte yaşıyorsunuz? 1. Yalnız Yaşıyorum 2. Eşimle
3. Eşim ve Çocuklarımla 4. Çocuklarımla 5. Anne ve babamla 6.
Huzurevinde

9- Günlük aktivitenizi nasıl değerlendirirsiniz? 1. Çok iyi 2. İyi 3.
Kötü

10- Sigara içme durumu 1. Evet 2. Hayır 3. Bırakmış

11- Alkol kullanma durumu 1. Evet 2. Hayır 3. Bırakmış

12- Madde kullanma durumu 1. Evet 2. Hayır 3. Bırakmış

13- Boy..... Kilo..... BKI.....Değerlendirme:

14- Hastalığınız ne kadar süredir devam ediyor?

15- Hastalığınızla ilgili bilgi durumunuz 1. Var 2. Kısmen 3. Yok

16- Dizinizden cerrahi operasyon geçirdiniz mi? Geçirdiyse hangii diz/dizlerinden geçirdiniz?

1. Geçirdim (1. Sağ diz 2. Sol diz 3. Her iki diz) 2. Geçirmedim

17- Yardımcı cihaz kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız hangi cihaz yazınız.

1. Kullanıyorum (1. Baston 2. Protez 3. Baston ve protez 4. Diğer.....) 2.

Kullanmıyorum

18- Herhangi bir kronik hastalığınız/klarınız var mı? Var ise hastalığın/kların isimlerini yazınız.

1. Var (.....)

2. Hayır

19- Hastalığınızdan dolayı hangi şikâyetleri yaşıyorsunuz? (Birden fazla cevap verebilirsiniz.)

1. Ağrı 2. Uzun süre yürüyememe
ekleminden ses gelmesi

3. Uzun süre ayakta duramama

4. Diz

5. Dizde ödem

6. Yorgunluk

7. Diğer.....

EK-2: Hastalık Algısı Ölçeği

İsim Soyad:	Çalışma Durumu:
Adres Bilgileri:	Mesleği:
	Yaşı:
	Medeni Durum:
Telefon:	Eğitim Durumu:
Cinsiyet:	
Tıbbi Tanı:	
Hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre:	

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu					

etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.

2.

3.

EK-3: HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞI ÖLÇEĞİ (HHBAÖ)

Aşağıda hemşirelerin size verdikleri bakım hakkında ifadeler bulunmaktadır. Sizden her ifadeye tanımlanan yargılara katılma durumunuzu belirtmeniz istenmektedir.

	Katılıyorum	Biraz katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular.					
2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler					
3. Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler.					
4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler					
5. Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.					
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler.					
7. Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler.					
8. Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.					
9. Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim.					
10. Hemşirelerin hastalığımanın benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum.					
11. Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.					
12. Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularımla başa çıkmamda bana yardımcı oldular.					
13. Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı.					
14. Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar.					
15. Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.					

Teşekkürler

EK 4. ETİK KURUL İZİNİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı İle Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki"	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR
	TELEFON	0386 280 3924
	FAKS	0386 280 5007
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ayla ÜNSAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı V.
Unvanı/Adı/Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdaî KÖKEN

İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

sayfa 1/3

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı İle Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	02.08.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.09.2022	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	02.08.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	Diğer:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022-17/160	Tarih: 27/09/2022					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tamsayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKAN V. UNVANI / ADI / SOYADI:	Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdaî KÖKEN

27/09/2022 tarihinde aşağıdaki kişiler toplantıya katılmışlardır.

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Recai DAĞLI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdaî KÖKEN	Tıp Tarihi ve Etik	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUZAY AKSOY	Fizyoloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayla ÜNSAL	Hemşirelik	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı V.
Unvanı/Adı/Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdaî KÖKEN
İmza:


Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı İle Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki"						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNLÜ	Tıbbi Farmakoloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Uzm. Dr. Fatma Nur ARSLAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kırşehir Eğitim ve Araş. Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Naim Meriç KONAR	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Ramazan DULKADİR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Uzm. Dr. Mustafa AVCU	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Özel Musa Gül Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mahmut Sami METİN	Deri ve Zührevi Hastalıkları	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Murat DOĞAN	Aile Hekimliği	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Av. Ali DEMİR	Hukuk	Serbest Avukat	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mümtaz DADALI	Üroloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
V.H.K.İ Yasin KILIÇ	Memur	Ahi Evran Ün. TÖMER Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkan V.
Unvanı/Adı/Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdaî KÖKEN
İmza:



kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Sayfa 3/3

EK 5. KURUM İZİNİ



T.C.
KIRŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

KIRŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KIRŞEHİR KAMU
HASTANELERİ HİZMETLERİ BİRİMİ
07/09/2022 16:31 - E-42884709 - 020 - 1449



Sayı : E-42884709-020
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Prof. Dr.
Ayla ÜNSAL)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi'nde görevli Prof. Dr. Ayla ÜNSAL'ın EK 1'de sunmuş olduğu "Gonartrozlu Bireylerde Hastalık Algısı ile Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki" konulu Yüksek lisans tezi statüsünde bir çalışma yapmayı talep etmektedir. Adı geçen çalışma talebi 01.09.2022 tarihinde Bilimsel Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu değerlendirmiş olup ve EK 2 Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu düzenlenerek Etik Kurul'dan izin alındıktan sonra çalışmaya başlanması uygun görülmüştür. İlgili çalışmanın "Etik Kurul İzni" alındıktan sonra Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bakanlığı Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği bünyesinde yapılması hususunu,

Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Ek:
1- Bilimsel Çalışma
2- Tarama 06 Eylül 2022

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YETİŞ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR
Dr. Ertan DEĞİRMENCİOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: b50fafc5-cda2-4cb1-80fe-06d006ed3bfe Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebyz>

Nasıhdede Mah. 472. Sok. No:2 Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No: 03862134455

e-Posta: gozde.karabacak@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://kirsehirism.saglik.gov.tr>

Bilgi için: Gözde KARABACAK

Veri Giriş Personeli

Telefon No: (0 386) 213 10 96



EK-6: HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ KULANIM İZNI

Hastalık Algısı Ölçeği Ölçem Kutusu x 🔍 🌐 📄

R Rabia ÖZTÜRK 11 Haz 2022 15:18 ★
Hocam merhabalar. Ben Kırşehir ANI Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Gözetimsiz bireylerde Hastalık Algısı Ölçeği kullanmamızdan memnunuzdur. Gerektiği bilgileri ekte gönderiyorum. Kolaylıklar diliyorum.

n Nazmiye Yıldırım 13 Haz 2022 21:15 ★ ↶ |
Alo: ben +

Merhaba,
Tezinde Hastalık Algısı Ölçeğini kullanmanızdan memnunuzdur. Gerektiği bilgileri ekte gönderiyorum.
Kolaylıklar diliyorum.

Nazmiye YILDIRIM RN, PhD
Professor of Psychiatric and Mental Health Nursing
Dean of Faculty of Health Sciences BAÜ
Editor in Chief, Journal of Psychiatric Nursing
Editor in Chief, Abant Journal of Health Sciences and Technologies
Chairman of the Consultation Liaison Psychiatry Nursing
Association of Psychiatric Nurses

Adres: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlık Gökkyö Yerişkesi 14030 - Merkez / Bolu

EK-7: HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği Gönder Butonu x ↕ 🗑️ 📄

R Rabia ÖZTÜRK 11 Haz 2022 Ort 15:11 ☆
Hocam merhabalar. Ben Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrenciyim. Genellikle binyelerde hastalık algısı i

9 Gülşay İpek Çoban 11 Haz 2022 Cum 14:29 ☆ ↩ |
Alınır ben ▼
Sayın Rabia Öztürk,
Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim
Prof. Dr. Gülşay İPEK ÇOBAN

EK-8: ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Rabia Ümüş ÖZTÜRK
Akademik unvan/pozisyon	Yüksek Lisans Öğrencisi
Görev yeri	Kırşehir Cacabey Aile Sağlığı Merkezi

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2011-2015	Hemşire	Uludağ Üniversitesi	Lisans
2012-2014	Sosyal Hizmetler	Anadolu Üniversitesi	Ön Lisans

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
2015-2018	Sivas Yıldızeli İlçe Devlet Hastanesi	Hemşire
2019	Kırşehir İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire
2019	Kırşehir Cacabey Aile Sağlığı Merkezi	Hemşire

D. SERTİFİKALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Tarih Aralığı	Eğitim/Sertifika Adı ve Eğitim Yeri
2015	Pedagojik Formasyon Sertifikası/ Uludağ Üniversitesi
2019	Eğitim Hemşireliği Sertifika Programı/ Selçuk Üniversitesi
2023	Temel SPSS Kursu/ Mersin Üniversitesi

E. YAPILAN ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Tarih Aralığı	Yapılan Araştırmalar	Görev
17-19 Haziran	Öztürk RÜ, Ünsal A. “Gonartrozlu Bireylerde Hemşirelik Bakımı”. 2. International Cappadocia Scientific Research Congress.	Araştırmacı