



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KARPAL TÜNEL SENDROMLU HASTALARDA ANKSİYETE
DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

ECE BEKMEZCİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. SEHER DENİZ ÖZTEKİN

İSTANBUL-2017



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KARPAL TÜNEL SENDROMLU HASTALARDA ANKSİYETE
DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

ECE BEKMEZCİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. SEHER DENİZ ÖZTEKİN

İSTANBUL-2017

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Ece BEKMEZCİ
Tez Başlığı : Karpal Tünel Sendromlu Hastalarda Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 30.06.2017

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Prof.Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN

İstanbul Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Sibel DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 04./07/2017.. tarih ve ..2017.../...19... - ..07... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdiki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ece Bekmezci



İTHAF

Canım anneme ve canım oğluma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince beni her zaman sabır ve anlayışla yönlendiren, bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan, bana ışık tutan değerli danışman hocam, Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN'e, Hemşirelik Bölüm Başkanı Yard. Doç. Dr. Nihal Sunal'a,

Mesleki gelişimime katkılarından dolayı, beni her zaman destekleyen, bana sonsuz sabır gösteren ve bana her zaman yardımcı olan sevgili eşim Dr. Yavuz Bekmezci' ye,

İhtiyacım olan her zaman yanımda olan ve her türlü desteği gösteren kıymetli anneme,

Değerli katkılarından dolayı Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi ve Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi çalışanlarına,

Adını sayamadığım ve bana destek olan herkese sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	x
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Karpal Tünel Sendromu	6
4.1.1. Karpal Tünel Sendromunun Tarihçesi	6
4.1.2. Median Sinirin Anatomisi	6
4.1.3. Karpal Tünel Sendromunun Patofizyolojisi	7
4.1.4. Karpal Tünel Sendromunun Etiyolojisi	8
4.1.5. Karpal Tünel Sendromunun Klinik Belirti ve Bulguları	9
4.1.6. Karpal Tünel Sendromunun Tanısı	11
4.1.7. Karpal Tünel Sendromunda Genel Tedavi İlkeleri	12
4.2. Anksiyete	14
4.2.1. Anksiyetenin Biyolojik Nedenleri ve Etiyolojisi	15
4.2.2. Anksiyetede Klinik Belirti ve Bulgular	18
4.2.3. Anksiyete Bozukluklarında İleri İnceleme	20
4.2.4. Anksiyetede Tedavi İlkeleri	22
4.3. Karpal Tünel Sendromu Ve Anksiyete İlişkisi	23
4.4. Karpal Tünel Sendromu Ve Hemşirelik Bakımı	23
4.5. Hemşirelik Girişimleri	25
4.5.1. İşlem Öncesi Hemşirelik Girişimleri	25
4.5.2. İşleme Yönelik Hemşirelik Girişimleri	27
4.5.3. İşlem Sonrası Hemşirelik Girişimleri	28

5. GEREÇ VE YÖNTEM	30
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	30
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
5.3. Evren ve Örneklem Seçimi	30
5.4. Verilerin Toplanması	31
5.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	31
5.4.1.1. Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI=State-Trait Anxiety Inventory)	32
5.5. Verilerin Analizi Ve Değerlendirilmesi	34
5.6. Araştırmanın Etik Ve Yasal Yönleri	34
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
6. BULGULAR	36
7. TARTIŞMA	52
8. SONUÇ	64
9. KAYNAKLAR	66
10. EKLER	79
11. ETİK KURUL ONAYI	88
12. ÖZGEÇMİŞ	89

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

KTS	: Karpal Tünel Sendromu
KT	: Karpal Tünel
DM	: Diabetes Mellitus
RA	: Romatoid Artrit
EMG	: Elektronöromiyografi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
GAD	: Jeneralize Anksiyete Bozukluğu
SAD	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
OCD	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
GABA	: Gamma-Aminobütirik Asit
CT	: Computed Tomography
CTS	: Carpal Tunnel Syndrome
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SPECT	: Single-Photon Emission Computed Tomography
EEG	: Elektroensefalografi
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
MAO	: Monoamin Oksidaz
NCSS	: Number Cruncher Statistical System

BKI	: Beden Kitle İndeksi
NSAID	: Non Steroidal Anti-inflammatory Drug
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
STAI-I	: Durumluk ansiyete ölçeği
STAI-II	: Sürekli ansiyete ölçeği
NCSS	: Number Cruncher Statistical System
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ASB	: Akut Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
GABA	: Gaba Amino Bütirik Asit
PB	: Panik Bozukluğu
SD	: Standart Deviasyon

TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 6.2: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 6.3: Hastalığa İlişkin Değişkenlerin Dağılımı	40
Tablo 6.4: Hastalığa İlişkin Değişkenlerin Dağılımı	42
Tablo 6.5: Hastalığa İlişkin Değişkenlerin Dağılımı	44
Tablo 6.6: Hastaların Cerrahi Girişim Uygulanması Durumuna Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	45
Tablo 6.7: Cerrahi Girişim Uygulanması Durumuna Göre Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları	46
Tablo 6.8: Cerrahi Girişim Uygulanması Durumunun Kullanılan İlaçlar, Lokal ve Sistemik Hastalık Varlığı ile İlişkisi	47
Tablo 6.9: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları	48
Tablo 6.10: Lokal ve Sistemik Hastalık Varlığı ile Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 6.11: Karpal Tünel Sendromu Süresi, Günlük Yaşam Aktivitesi Ve Mesleki İşlevsellikte Bozulma Düzeylerinin STAI Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi	51

1. ÖZET

KARPAL TÜNEL SENDROMLU HASTALARDA ANKSİYETE DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Karpal Tünel Sendromu (KTS) gibi kronik hastalıklara eşlik edebilen anksiyete benzeri psikiyatrik bozuklukların, hastaların yaşam kalitesini bozduğu, bakım ve tedaviye yanıtı olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Bu çalışma, cerrahi tedavi uygulanan ve uygulanmayan Karpal Tünel Sendromlu hastalarda sürekli anksiyete düzeyini belirlemek ve sonuçların hemşirelik bakımına yansıtılmasını sağlamak üzere kesitsel olarak planlandı. Çalışmada, Kastamonu'daki iki Devlet Hastanesinde; elektrofizyolojik yöntemlerle orta/ileri evre KTS tanısı konulmuş olan, cerrahi tedavi uygulanmayan 40 ve cerrahi tedavi uygulanan 40 hasta olmak üzere, toplam 80 hastada; Durumluk ve Sürekli Anksiyete ölçeği kullanılarak elde edilen veriler, Student's t test, Mann Whitney U test, Fisher's exact test ve Yates' continuity correction test kullanılarak değerlendirildi. KTS cerrahisi uygulanan hastalarda, uygulanmayan gruba oranla tanıtıcı değerler, sosyokültürel durum ve hastalık öyküsünün istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği ($p>0,05$), her iki grupta sürekli anksiyete ölçeği ($42,24\pm 9,10$) ortalama puan dağılımının yüksek, ciddi düzeyde ve klinik olarak önemli anksiyeteye işaret ettiği, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), cerrahi tedavi uygulanmayan grupta antidepressan ilaç kullanım oranının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı yüksek olduğu ($p<0,01$), düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin yüksek eğitim düzeyine sahip bireylere göre sürekli anksiyetesinin daha yüksek olduğu ($p<0,01$) bulundu. Sonuç: Nöroşirürji hemşireleri, cerrahi girişim geçiren ya da geçirmeyen KTS'li bireylerde günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilecek anksiyete düzeyini belirlemeli, anksiyetenin azaltılması/giderilmesine ilişkin gerekli bakım girişimlerini planlarken, anksiyete üzerinde etkili olabilecek eğitim düzeyi ve antidepressan kullanımını tanılamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karpal Tünel; Bakım; Hemşirelik; Sürekli; Anksiyete

2. ABSTRACT

DETERMINATION OF ANXIETY LEVEL IN PATIENTS WITH CARPAL TUNNEL SYNDROME

Psychological disorders like anxiety, which might accompany certain chronic diseases - such as Carpal Tunnel Syndrome (CTS) - has been reported to affect the life quality of the patients negatively, along with their response to treatment and patient care. This cross-sectional study was planned in order to determine the level of trait anxiety for patients experiencing CTS, and to reflect the results to the nursing care. In the study, total 80 patients were divided in 2 groups; 40 surgical and 40 nonsurgical group with mid-stage and advanced-stage CTS that were chosen as a sample group from two state hospitals in the city of Kastamonu. Student's t test, Mann Whitney U test, Fisher's exact test and Yates' continuity correction test were utilized to analyze the data collected by the State-Trait Anxiety Inventory on 80 patients. It was found point distribution of trait anxiety was evaluated as $42,24 \pm 9,10$ indicates to the above the clinical cut-off for anxiety (had serious level and clinically important anxiety) in both groups, and no statistically significant difference was seen between the groups ($p > 0,05$). The rate of antidepressant drug use was statistically significantly higher in the non surgical group ($p < 0,01$). Patients with low educational level had higher anxiety than those with higher educational level ($p < 0,01$). Conclusion: Neurosurgery nurses should assess the level of educational level and antidepressant use that may be effective on trait anxiety when determining the level of anxiety that may affect the daily life activities negatively in patients with CTS who have or do not undergo surgical interventions and plan necessary care interventions for reducing / eliminating anxiety.

Key Words: Carpal Tunnel Syndrome; Care; Nursing; Trait; Anxiety

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşamları süresince bireyler, kimi zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak bakım ve tedavi gerektiren hastalık durumları ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Hastalık, birey için önemli bir anksiyete kaynağı ve olumsuz bir deneyim olarak kabul edilmektedir (1). Bireyin sağlıklı olma durumu, yaşamını mutlu olarak sürdürebilmesinde en önemli etkenlerden biridir. Hastalık hali insan için ciddi bir stres kaynağıdır. Sağlığı bozulan bireylerde, anksiyete gelişebilmektedir (2).

Hastalık ve anksiyete ilişkisi, eski tarihlerden günümüze kadar geçen zaman diliminde bilinen bir gerçektir. Biri diğerinin nedeni olabileceği gibi, çoğunlukla ikisi bir arada da bulunabilmektedir. Bedensel hastalığı nedeniyle tedavi gören hastaların %10-20' sinde anksiyete izlenmektedir (3).

Anksiyete, fiziksel belirtilerin de eşlik edebildiği, normal olmayan, nedensiz bir endişe ve korku hali olarak tanımlanabilir. Hastalar bu durumu "kötü bir şey olacağı hissi" ya da "nedensiz endişe hali" şeklinde ifade edebilirler. Kişi huzursuz, endişeli olup, bu durumu açıklayacak tehdit unsuru gösterememektedir. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (3).

Anksiyete sık yaşanan bir duygu olup, her zaman bir hastalık belirtisi olarak yorumlanmamalıdır (4,5). Belirtiler göreceli de olsa, anksiyete bozukluğunun tipik belirtileri korku, ruhsal gerginlik, endişe ve konsantrasyon güçlüğü, ağız kuruluğu, baş dönmesi, kaslarda gerginlik, terleme ve çarpıntıdır. Öyle ki bunların tümü günlük yaşamı kesintiye uğratabilir. Üstelik, bunun yanı sıra, bazen depresyon gibi bir duygu durum bozukluğu da tabloya eşlik edebilir (6).

Karpal Tünel Sendromu ile psikolojik bozukluklar, özellikle anksiyete ve depresyon arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Karpal Tünel Sendromu gibi kronik hastalıklara eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların hastaların yaşam kalitesini kötüleştirdiği, tedaviye alınan yanıtı ve hastaların tedavi sonrası memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (7,8).

Karpal Tünel Sendromu, en sık karşılaşılan tuzak nöropatisidir. Median sinirin karpal tünel seviyesinde, çevre dokular tarafından kısa veya uzun süreli basısına bağlı olarak gelişir (9). Karpal tünel, tabanında karpal kemikler, tavanında ise transvers karpal ligamanın (fleksör retinakulum) bulunduğu bir tuzaklanma bölgesidir. Karpal Tünel Sendromu, median sinirin maruz kaldığı iskemik hasar ve mekanik travmanın kombinasyonu sonucunda ortaya çıkar (10). Kadınlarda daha sık görülmekle birlikte kadın/erkek oranı, 7/3-4/1 arasında değişir. KTS'li kişilerin çoğunda özgün bir etiyolojik faktör bulunamazken, çoğu hasta, tekrarlayan bilek hareketleriyle çalışan gruptadır. KTS ile sık birliktelik gösteren sistemik medikal durumlar ise; Diabetes Mellitus (DM), Hipotiroidizm, Akromegali, Amiloidoz, Karsinomatozis, Polimyaljia Romatika, Romatoid Artrit (RA), Obesite, Lokal travma, Gebelik ve Emzirme, Mukopolisakkaridoz, Oral kontraseptif kullanımı ve Menapoz olup, bunlar içerisinde de en sık karşılaşılan DM, RA, Gebelik ve Obesitedir (11).

KTS'ye neden olabilecek lokal durumlar; kas ve tendon anomalileri, tenosinovitis, persistan median arter varlığı, palmar enfeksiyonlar, kanama, kitleler (nörofibroma, hemanjiom, lipom, ganglion kisti, ksantom, gut tofusü), bilek yanıkları, transvers karpal ligamanın ailesel veya idiyopatik kalınlaşması, karpal kemik kırıkları ve kompresyonudur (11).

Elin radial tarafındaki ilk üç parmak ve 4. parmağın radial yarısında ağrı, yanma, karıncalanma ve uyuşukluk en sık karşılaşılan ana semptomlardır. Bazı hastalar kol ve boyun ağrısından da yakınabilir. Elin kullanılması, semptomları genellikle daha da şiddetlendirir. Yakınmalar, sıkça iki taraflı ve aktif olarak kullanılan elde belirgindir. Gece semptomların kötüleşmesi ise tipiktir (12).

Periferik sinir sistemi hastalıkları, hastalığın derecesine bağlı olarak bireylerin fizyolojik olduğu kadar, ruhsal durumlarında da değişime neden olmaktadır. Yaşanan anksiyete uzun süreli konforu ciddi biçimde etkileyebilir. Cerrahi girişim sonrası erken dönemde ağrı ve paresteziler azalır. Ancak duyuların geri gelmesi biraz daha zaman alabilir veya atrofinin geliştiği durumlarda duyusal bozukluk kalıcı olabilir. (13). KTS gibi kas iskelet sistemi hastalıklarında kullanılan ilaçların da anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara neden olabildiği (14) , bu

nedenle cerrahi girişime alınan hasta bireylerin daha kısa sürede sosyal ve mesleki yaşantısına geri döndükleri literatürde bildirilmektedir (13).

Karpal Tünel Sendromlu hastalarda ağrının giderilmesi, işlevselliğin korunması ve hatta artırılması, tedavi edici uygulamalar konusunda hastaların bilgilendirilmesi, cerrahi tedavi uygulanacak hastalarda işlem öncesi ve sonrası dönemde yapılacak bilgilendirme ve tıbbi uygulamalar ile hastalarda klinik iyileşmenin artırılması olasıdır. Tüm bu uygulamalarda cerrahi hemşireliğinin önemi ve rolü büyüktür. Hemşirelik girişimlerinin ve bakım planlarının etkin uygulanması ile hastalarda olumlu klinik yanıtlar elde edilmesi ve bunun sonucunda hastalarda ortaya çıkabilecek anksiyete, depresyon gibi psikolojik problemlerin azaltılması ve hatta tamamen ortadan kaldırılması hedeflenmektedir.

Karpal Tünel Sendromu benzeri kronik hastalıklara eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların hastaların yaşam kalitesini bozduğu, bakım ve tedaviye yanıtı ve hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (8, 13). Literatürde, cerrahi girişimin ve cerrahi öncesi ve sonrası hemşirelik bakım ve planlarının karpal tünel sendromlu hastaların sürekli anksiyetesi üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma; Karpal Tünel Sendromlu hastalarda anksiyete düzeyinin belirlenmesi ve uygulanan cerrahi girişimin anksiyete üzerindeki etkisinin irdelenmesi ve elde edilen sonuçların hemşirelik bakımına yansıtılması amacıyla kesitsel olarak planlandı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Karpal Tünel Sendromu (KTS)

Tuzak nöropatileri, periferik sinirlerin ağrı, uyuşukluk veya fonksiyon kaybıyla karakterize bozukluğudur. KTS, median sinirin çevre dokular tarafından akut veya kronik basısına bağlı olarak gelişir (10,11, 12). En sık rastlanan tuzak nöropatisi, Karpal Tünel Sendromudur (6).

KTS'nin prevalansı genel popülasyonda %0.6-3.4'dür (6,15). Belirli meslek gruplarında daha yüksek prevalansa sahiptir (16). İnsidans ise 100.000 kişide 330-346 yeni vakadır (17,18).

4.1.1. KTS' nin Tarihçesi

İlk kez Paget tarafından 1854 yılında distal radius fraktürü olan bir hastada tanımlanmıştır (19). 1913'te Marie ve Foix, 80 yaşında tenar atrofisi olan bir hastada uzun süreli median sinir basısının patolojik değişikliklerini tanımlamıştır. Learmonth, 1933 yılında posttravmatik osteoartritik osteofitler nedeniyle Karpal Tünel Sendromu olan bir hastada median sinirin cerrahi olarak serbestleştirilmesini tanımlamıştır. Moersh, 1938 yılında spontan sinir basısının ilk tanımını yapmış ve sendroma günümüzde geçerli olan adını vermiştir. Bu sendromun tanınmasında ve tedavi yöntemlerinin belirlenmesinde Phalen 1950'den bu yana yayınladığı bir seri makaleleri ile dikkatleri çekse de, 20. yüzyılın 2. yarısından sonra konu güncellik kazanmıştır (20).

4.1.2. Median Sinirin Anatomisi

Median sinir, brakial pleksusta lateral ve medial fasikulusların birleşmesi ile meydana gelir. Lateral komponent başlıca duysal sinir liflerini, C5, C6 motor liflerini taşır. Bu lifler pleksusun trunkus superiorundan kaynaklanırlar. Orta trunkusa C7 liflerinin de katkısı bulunmaktadır. Median sinirin medial fasikulus ve alt trunkustan gelen bölümü ise, C8-T1 liflerini taşır (10).

Median sinir aksillanın lateral duvarında, aksiller artere yakın uzanır. Kolda, aşığı inerken brakial artere, radial ve ulnar sinirlere komşudur. Dirsekte median sinir antekübital fossayı, biceps brachi tendonunun medialinden geçerek terk eder, bisipidal aponevrozun altından geçer ve pronator teres kasının yüzeyel ve derin tabakaları arasında seyrederek önkola girer. Önkolda fleksör digitorum superficialis (sublimis) kasının yaptığı sublimis köprüsünü geçer. Distalde sinir fleksör digitorum superficialis ve profundus kasları arasından ilerleyerek bileğe kadar iner. Önkoldan ele, bilekteki karpal tünel içinden geçerek girer (10).

Karpal tünel, tabanında karpal kemiklerin olduğu, tavanını ise transvers karpal ligamanın (fleksör retinakulum) kapladığı bir tuzak bölgesidir. Karpal tüneli yapan diğer komponentler, önkol fleksör kaslarının tendonlarıdır. Karpal tünelin distalinde sinir önce ikiye, daha sonra tekrar ikiye ayrılır. Motor dal, transvers karpal ligamanın hemen distalinden ayrılır. Tenar bölgedeki dört intrensek kası inerve eder. Bunlar Abductor Pollicis Brevis (APB), Opponens Pollicis, 1. ve 2. lumbrical kaslardır. Elin diğer intrensek kasları normalde ulnar sinir tarafından inerve edilir. Duysal dal, digital sinirler ile 1, 2 ve 3. parmakların volar yüzü derisinin ve 4. parmağın yarısının derisini inerve eder. Palmar deri dalı ise bilekten değişik uzaklıklarda median sinirden ayrılır. Karpal tünelin bütünü katetmez. Transvers karpal ligamanın üstünden ya da daha derinden avuca geçer. Median sinir kolda herhangi bir dal vermez (10).

4.1.3. Karpal Tünel Sendromunun Patofizyolojisi

KTS, kronik kompresyon nöropatisinin klasik bir örneğidir (21). Akut kompresyon nöropatilerinde, lokal iskemi sonucunda ani basınç artışı ortaya çıkar. Median sinirin oksijenizasyonunun bozulması sonucunda ortaya çıkan elektrofizyolojik yanıt, iletim yavaşlaması veya iletim bloğudur. Bu basınç artışı ortadan kalktığında sinir iletimi hızla normale döner (22,23). Kompresyonun süresiyle, kompresyonun ortadan kalkmasından sonraki düzelme döneminin süresi birbirleriyle ilişkilidir. Daha uzun kompresyon süresi daha uzun düzelme zamanı gerektirir (21). Patofizyolojik sonuçlar, karpal tünel içerisinde, median sinirin maruz kaldığı iskemik hasar ve mekanik travmanın kombinasyonudur. Patofizyolojik ve histolojik değişiklikler, median sinir basısının büyüklüğü ve süresiyle ilişkilidir. Kısa

süren yüksek şiddetteki bası, fokal şişme veya iletim bloğu yapar. Bası; uzun süre düşük basınçta, kısa süreli yüksek basınçta veya aşırı kuvvetin tekrarı şeklinde olabilir. Erken fokal iskemide, sinir fizyolojik olarak bozulmuş olmasına karşın, histolojik bozulma saptanmaz. Uzamış iskemi, sinirin enfarktüsü ile sonuçlanabilir. Basının erken döneminde sinirde, venöz kan akımının durmasına bağlı hiperemi ve ödem gelişir. Bu durum, KTS patogenezinde önemli olabilir (24). Kompresyona bağlı gelişen venöz dönüş obstruksiyonu, kan göllenmesine, bu ise tuzaklanan bölgede basıncın artmasına yol açar. Bu durum, vasa nervorumda akımın tıkanmasına bağlı gelişen iskemi ile sonuçlanır. Kompresyon nöropatisinde iskemik hasarın üç evresi vardır. Bunlar; 1) artmış intrafuniküler basınç, 2) kapiller yıkıma bağlı kaçak ve ödem, ve 3) arteriel akımın tıkanmasıdır (25). Tuzaklanmış sinir bölgesinde demiyelinizasyon ve remiyelinizasyon gelişir. Kalın miyelinli aksonlarda kayıp gözlenir. Lezyonun proksimalinde sinirin kalınlığı artmıştır. Cerrahi girişim sırasında da, sinirin tuzaklanma bölgesinde incelendiği ve tuzaklanmanın proksimal komşuluğunda kalınlaşma olduğu izlenebilir.

4.1.4. Karpal Tünel Sendromunun Etiyolojisi

KTS'li kişilerin çoğunda spesifik etiyolojik neden saptanamaz. Birçok hasta, tekrarlayan bilek hareketleriyle çalışmaktadır (16). Doğumsal küçük karpal tüneli olan kişiler KTS'na daha yatkındır (26). Gebelikte KTS insidansı %25'e varabilir. Birçoğu doğum sonrası düzelir (27). Diyaliz hastalarında da insidans yüksektir. Persistan median arter varlığı (28) ve el bilek yanıkları (29) KTS'ye yol açabilir. Ayrıca KTS'ye meslek veya hobi ile ilişkili travma eşlik edebilir. Bunlar; el ve bileğin tekrarlayan hareketleri (marangozlar, daktilo-bilgisayar kullanıcıları vb.), alet ve nesnelerin sürekli ve tekrarlayıcı kavranması veya sıkıştırılması, zorlu bilek hareketlerini gerektiren işler (6 kg üstü), karpal tünel üzerinde direk basınç oluşturan işler ve titreşimli el aletlerinin kullanılmasıdır (16, 30).

KTS'ye eşlik eden sistemik durumlar; diabetes mellitus (DM), hipotiroidizm, akromegali, amiloidoz, karsinomatozis, polimyaljia romatika, romatoid artrit (RA), obezite, lokal travma, gebelik ve emzirme, mukopolisakkaridoz, oral kontraseptif kullanımı, menapoz, pridoksin yetmezliği, toksik şok sendromu, hemodiyaliz,

kondrokalsinozis ve atetoid-distonik serebellar palsi'dir. Bunlar içerisinde en sık rastlananlar ise DM, RA ve obesitedir.

KTS'ye neden olabilecek lokal durumlar ise; kas ve tendon anomalileri, tenosinovitis, persistan median arter varlığı (tromboz, anevrizma veya arteriyovenöz malformasyon), palmar enfeksiyonlar, kanama, kitleler (nörofibroma, hemanjiom, lipom, ganglion kisti, ksantom, gut tofusü), bilek yanıkları, transvers karpal ligamanın ailesel veya idiyopatik kalınlaşması, karpal kemik kırıkları ve kolles kırığı sonucunda interkarpal eklemin veya bileğin dislokasyonu ve alçı kompresyonudur (30).

4.1.5. Karpal Tünel Sendromunun Klinik Belirti ve Bulguları

Hastaların çoğu kadın ve 40-60 yaş arasındadır. En sık 50-59 yaşlarında görülür (17). Kadın/erkek oranı, 7/3-4/1 arasında değişir. El, elin radial tarafındaki ilk üç parmak ve 4. parmağın radial yarısında ağrı, yanma, karıncalanma ve uyuşukluk en sık görülen semptomlardır. Fakat sıklıkla yakınmalar tüm parmaklardan kaynaklanır. Bazı hastalar kol ve boyun ağrısından yakınabilir. Elin kullanılması, semptomları genellikle şiddetlendirir. Yakınmalar sıklıkla iki taraflı ve aktif kullanılan elde daha şiddetlidir. Gece semptomların kötüleşmesi tipiktir. Hasta uyandığında, ellerini sallayarak, ovalayarak veya masaj yaparak rahatlamaya çalışır. KTS ilerledikçe gündüzleri de elde paresteziler gözlenmeye başlar. Gündüzleri bilekte ekstansiyon ve fleksiyona yol açan aktiviteler ve meslekler ağrı ve parestezileri artırır. Daha sonra duysal yakınmalar objektif duysal bozukluklara dönüşür. El parmaklarında en çok 2. ve 3. parmakta belirgin olan zımpara kağıdı gibi bir his veya eldiven giymiş gibi dizestetik yakınmalar ortaya çıkar. Bu durum karpal tünel içinden geçen duysal liflerin demiyelinizasyona uğraması sonucu oluşur. Bu dönemde elektrofizyolojik bulgular artık çok net saptanabilir. Daha ileri dönemlerde tenar bölgede kas güçsüzlüğü ve daha da ileride tenar kaslarda atrofi ve buna bağlı çökme meydana gelir. Başparmakta abduksiyon ve oppozisyon gerçekleşmez. Çoğu kez 2. ve 3. parmakta, parmak uçlarında belirgin olan hipoestezi ile birlikte dir. Bu dönemde bilek fokal demiyelinizasyon, yanı sıra distalde motor ve duysal liflerde aksonal dejenerasyon geliştiği de kabul edilebilir. Tenar atrofiye geç dönemde rastlanır (10).

Hastaların bir kısmı, ağrısız güçsüzlük ve atrofi ile başvururlar. Eldeki kuvvetsizlik, el sıkma ve başparmağın oppozisyonu ve başparmak abduksiyonu ile değerlendirilir. Median sinir duyu alanında hipoestezi belirlenebilir. Bu durum en iyi şekilde parmak uçlarında saptanabilir (10,30). Hastalığın başlangıcında objektif bulgular seyrekdir. Provokatif testlerle yakınmalar ortaya çıkarılabilir. Bu testler şunlardır:

- Tinnel işareti: Karpal tünel üzerine, proksimalden distale hafifçe vurulur. Median sinir alanında ağrı oluşması pozitif olarak değerlendirilir. Fakat yüksek oranda yanlış pozitifliğe sahip olduğu için çok güvenilir değildir.
- Phalen (bilek fleksiyon) testi: Tam bilek fleksiyonu 60 saniye süre ile uygulanır. Elde, median sinir dağılım alanında, ağrı ve uyuşma gelişmesi pozitif olarak değerlendirilir. His kaybı olan hastalarda ağrı gelişmeyebilir.
- Ters phalen testi: Bilek ve parmaklar 120 saniye ekstansiyona getirilir. Ağrı ve uyuşma beklenir (31).
- Karpal kompresyon testi: Baş parmaklarla karpal tünele basınç uygulanır. 30 saniye içinde, elde ağrı ve uyuşukluk meydana gelmesi pozitif olarak değerlendirilir (32).
- İskemik (turnike) test: Tansiyon aletinin manşonu önkola yerleştirilir. Sistolik kan basıncına kadar şişirilir. 60 saniye içinde ağrı ve uyuşukluk beklenir (33).
- Bilek fleksiyon ve karpal tünel kompresyon testi: hastanın dirseği ekstansiyona, önkol supinasyona, bilek 60° fleksiyona getirildikten sonra başparmaklarla karpal tünel üzerine kompresyon uygulanır. 60 saniye içinde, median sinir alanında ağrı ve uyuşma beklenir (34).

4.1.6. Karpal Tünel Sendromunun Tanısı

KTS tanısı için yapılacak incelemelerde hastanın yapılacak girişimler hakkında eğitilmesi, desteklenmesi, işlem öncesi hazırlık ve işlem sonrası izlemde nöroşirürji hemşiresi sorumludur.

- Elektronöromiyografi: Elektromiyografi ve sinir ileti çalışması tanıda altın standarttır. KTS'yi servikal radikülopati ve tendinitten ayırmakta yardımcıdır. En önemli, en hassas ve en erken bulgu uzamış duysal latansdır. İletim hızının azalması ve duysal aksiyon potansiyeli düşüklüğü sinir ileti hızı çalışmasında elde edilen diğer bulgulardır. Distal motor latans uzamış olsa da, duysal latans uzamasına göre daha az hassastır. Motor distal latans anormalliği, genellikle geç / ileri dönemde ortaya çıkar. İğne EMG'de ise aksonal dejenerasyon, spontan patolojik aktivite (fibrilasyon potansiyelleri ve pozitif dikenler) ve istemli kasıda seyrelme paterni belirlenebilir (21,28,29).

Hasta bireye işlemin amacını açıklanarak, iğnenin kasa yerleştirilmesi sırasında, elektriksel uyarı verildiğinde ve işlem bittikten sonra değerlendirme yapılan kasta kısa süreli ağrı olabileceği açıklanır (35).

- Kan testleri: Açlık kan şekeri, tiroid fonksiyon testleri, tam kan sayımı, ürik asit ve büyüme hormonu düzeyleri değerlidir (28,29,36).
- Ultrasonografi: Provokatif test olarak kullanılmaktadır (37). Bilek ve parmakların fleksiyon ve ekstansiyonu sırasında karpal tünel içerisindeki dinamik değişiklikleri eşzamanlı olarak değerlendirmede avantajlıdır. Ayrıca endoskopik cerrahi planlanan hastalarda, median sinir pozisyonunun ameliyat öncesi değerlendirmesi için düz grafi ve ultrasonografi verileri önemlidir (38).
- Düz radyografiler: Sınırlı sonuç verir. Kırık, osteoartrite bağlı hipertrofik değişiklikler, karpal instabilite veya yumuşak doku kalsifikasyonlarında değerlidir (38).

- Bilgisayarlı tomografi (BT): Osseoz karpal stenozisin derecesi, yeri ve etyolojisi ile ilgili bilgi verir. BT ile karpal tünel (KT) hacmi ölçülerek tanıya yardımcı olunur. KT içerisindeki lezyonlar ve yumuşak doku kalsifikasyonları açısından değerlidir. Non-kalsifiye lezyonlarda ve yumuşak doku değişikliklerinin araştırılmasında yetersizdir. Düz grafilere osseoz stenoz veya yumuşak doku kalsifikasyonu saptanırsa BT ile incelemeye gidilmelidir (38,39,40).
- Magnetik Rezonans Görüntüleme: Median sinirin; sinyal intansitesinde artış, yassılaşıma ya da şişme, fleksör retinakulumun artmış palmar yaylanması izlenebilen genel bulgulardır. Uzun süreli kompresyona bağlı gelişen fibroziste düşük sinyal intansitesi görülebilir. Karpal tünel içerisindeki yumuşak doku tümörlerinde, ameliyat sonrası başarısızlığın araştırılmasında ve konvansiyonel görüntüleme tekniklerinde şüpheli bulgu elde edildiğinde tercih edilebilir. Atipik hastalarda tanı açısından kullanılabilir (38,39,41).

4.1.7. Karpal Tünel Sendromunda Genel Tedavi İlkeleri

- Konservatif tedavi: Kısa süreli yakınmaları olan, hafif veya aralıklı semptomlara sahip veya yakınmaları arttıran durumlarda (gebelik, miksödem vb.) düzelmenin beklendiği hastalar için önerilir (28,29).
 - ◆ Dinlenme: Tutulan elin istirahate alınması ve meslek değişikliği faydalıdır (42).
 - ◆ Analjezik ve nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAID) ve/veya vitamin B6: Asetaminofen, selektif siklooksijenaz-2 inhibitörleri veya non-selektif siklooksijenaz inhibitörleri ile birlikte vitamin B6 kullanılabilir (42,43,44,45).
 - ◆ Nötral pozisyon atelleri: Hafif ve orta dereceli tutulumda endikedir. İki ile dört hafta süreyle kullanılması önerilir. Semptomların nüksü sıktır (29).

- ◆ Steroid enjeksiyonu: Cerrahiden daha az invaziftir. 10-25 mg hidrokortizon (29,46,47) veya 40 mg metilprednizolon asetat (48,49) kullanılabilir. İçine lokal anestezi ilavesi yapılmaz. Etkisi geçici olup (ortalama 20 hafta), enjeksiyon sırasında median ve ulnar sinir yaralanması olabilir. Enfeksiyon gelişebilir. Median sinir kompresyonunun alevlenmesine ve digital fleksör tendon rüptürüne neden olabilir. Bu komplikasyonların gelişme riski, tekrarlayan enjeksiyonlar ile artar. Ayrıca steroid enjeksiyonu, KTS'na eşlik eden radikülopati, polinöropati veya diğer sinir yaralanmalarının varlığında, semptomların primer nedeninin KTS olup olmadığını ayırmakta da yardımcı olabilir (47,48).
- Cerrahi Tedavi: Konservatif tedaviye dirençli hastalar, ciddi uyuşma, ağrı ve güç kaybı olan hastalar için endikedir. Cerrahi girişimin amacı, transvers karpal ligamanın kesilmesi yoluyla Karpal tüneldeki basıncın ortadan kaldırılmasıdır (28,29). Kuvvet kaybı ve atrofi ile başvuran hastalarda, cerrahi sonuçlar başarısız olabilir (42). Cerrahi; açık, endoskopik veya minimal invazif yöntemlerle yapılabilir (43). Açık cerrahi, karpal kanalda median sinirin cerrahi dekompresyonu için kullanılan standart yöntemdir. Diğer cerrahi yöntemlere göre daha etkili ve güvenlidir. Bu yöntemle, hipertrofik veya ağrılı skar oranı daha yüksek ve günlük aktivite veya işe dönüş süresi daha uzun olabilir. Cerrahi girişim ile sorunları azaltmada endoskopik ve minimal invazif yöntemler kullanılabilir. Günlük yaşam aktivitelerine veya işe geri dönüş daha kısa sürede gerçekleşebilmekte, skar oluşumu daha az sayıda izlenebilmektedir. Bununla birlikte, yetersiz dekompresyon, tendon veya nörovasküler yaralanma gibi komplikasyonların görülme oranı daha yüksektir (42).

Günübürlük cerrahi uygulaması olan KTS cerrahisi uygulanacak olan hastanın kendisi ve ailesi ile kurulacak olan iletişim, hemşirelik bakımını, taburculuk sonrası bakımı ve iyileşme sürecini olumlu yönde etkiler. Gerekli tedavinin ve cerrahi sonrası bakımın yetersiz olması

halinde cerrahi işlemin başarısında da azalma kaydedilebilir. Bu durum farklı derecelerde fonksiyonel kayıplara yol açabilir (35).

Cerrahi girişim öncesi dönemde, rutin ameliyat hazırlığının yanısıra hasta ve ailesi ile psikososyal bağlamda olumlu ilişki kurulmalıdır. Hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, var olan anksiyetenin ve girişime bağlı gelişebilecek anksiyete düzeyinin azaltılması ya da önlenmesi açısından önemlidir. Uygulanacak hemşirelik girişimleri ile ilgili olarak hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi gereklidir (1,13).

Cerrahi girişim sonrası dönemde rutin hemşirelik bakımı ve girişimlerinin yanı sıra, bakım sürecine dolaşım, kanama, ödem kontrolü ve fizyoterapi uygulamaları da alınmalıdır. Cerrahi girişim sonrası 1-2 saatlik izlem hastaya uygulanan bandajın dolaşımı etkileme durumu, ciltteki renk ve sıcaklık değişiklikleri ve nabız kontrolü dikkatle uygulanmalıdır (1,51).

Yara bakımına ilişkin uygulamaların yanısıra, hasta bireyin erken dönemde hareket yeteneğinin artırılmasına yönelik aktif parmak hareketleri konusunda cesaretlendirilmesi, yara iyileşmesinin hızlandırılması açısından da önemlidir. Hasta eğitiminin, anksiyetenin azaltılmasını ve cerrahi işlemin başarısını arttıracığı bildirilmektedir (51).

4.2. Anksiyete

Anksiyete, fiziksel belirtilerin eşlik edebildiği, nedensiz bir endişe ve korku hali olarak tanımlanabilir. Sıkıntı, bunalım hissi, endişe ve kaygı dilimizde anksiyete karşılığı olarak kullanılabilen kelimelerdir. Hastalar bu durumu "kötü bir şey olacakmış hissi" veya "nedensiz bir endişe" şeklinde ifade edebilirler. Kişi huzursuz olup endişelidir. Bu durumu açıklayan nesnel bir tehlike ya da tehdit kaynağı gösterilememektedir. Anksiyete sık yaşanan bir duygu olup, bir hastalık belirtisi olarak yorumlanmamalıdır (4,5,52).

Fizyolojik açıdan, anksiyetenin organizmayı uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri bulunur. Kişinin yaralanma, acı çekme, cezalandırılma, ayrılma, düş kırıklığına uğrama benzeri durumlara karşı kendisini hazırlaması, anksiyetenin uyarıcı niteliğine; önlem alması ve olumsuzluklar ile daha kolay başa çıkması gerektiği ile ilgili özellikleri koruyucu yönüne; başarısız olma endişesiyle daha çok çalışması ise motive edici özelliklerine verilebilecek örneklerdir. Temel olarak uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyete uyumlu olmayıp zamanla şiddetlendiğinde ve klinik tabloda anksiyetenin fiziksel belirtileri izlendiğinde, bireyin anksiyete ile baş edemediği ve ızdırap hissettiği durumlarda işlevsellik olumsuz yönde etkilenebilir. Bu durumda anksiyetenin patolojik hale geldiği söylenebilir (53).

Anksiyete hissinin çeşitli duyumlara eşlik ettiği bildirilmektedir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve dışkılama gereksinimi örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtilerindendir. Anksiyetenin ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını olumsuz yönde etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürmelidir. Anksiyetenin klinik belirtileri bireysel farklılıklar göstermekte, bazı hastalarda kas gerginliği, diğerlerinde kas kasılmaları ve spazmlar izlenmekte, baş ağrısı ve boyun sertliği gibi yakınmalara rastlanmaktadır (53,54,55).

4.2.1. Anksiyetenin Biyolojik Nedenleri ve Etiyolojisi

Anksiyetenin genellikle özgül sinirsel devreler ve nörotransmitter sistemleri ile ilgili olduğu bilinmektedir. GABA (Gaba Amino Bütirik Asit) düzeyindeki azalmanın anksiyete düzeyinin artışı ile doğrudan olmasa bile dolaylı olarak ilişkili olduğu iddia edilmektedir. Son yıllarda CRF (Corticotropin Releasing Factor) sisteminin anksiyetede rolü üzerinde çok sayıda çalışma yapılmıştır. CRF' nin hipotalamohipofizer aksı aktive ettiği ve limbik sistem gibi anksiyete ile ilgili beyin alanlarını da kapsayan geniş bir etki alanı olduğu bildirilmektedir. Çalışmalarda sıklıkla anksiyete ile ilgili olduğu düşünülen ve beyin sapı ile korteks arasında düzenleyici rol oynadığı düşünülen beyin bölgesi limbik sistem olarak adlandırılan beyin bölgesidir. Limbik sistem, bedensel fonksiyonlara ait duyumların ve potansiyel tehlike işaretlerinin kortekse ulaşmasını sağlar. Davranışsal inhibisyon sistemi (DIS)

adı verilen limbik sistem, beyin sapı kaynaklı serotonerjik ve noradrenerjik düzenleyici yollar ve CRF' nin oluşturduğu sistem bütünü, beyin sapı ve korteksten gelen tehlike işaretleri ile aktive olduğunda insan korkmaya ve anksiyete yaşamaya başlar. DIS'i oluşturan sistem panikle ilgili olandan farklıdır. Panikle ilgili sinirsel devre beyin sapından köken alır. Bu devre amigdala, hipotalamusun ventromedial nükleusu ve santral gri cevher gibi orta beyine ait yapılar içinden geçer ve yüklendiği işlevler açısından savaşıma/kaçma içgüdüleri oluşturur. Büyük olasılıkla çevresel faktörler bu sistemlerin duyarlılıklarında birtakım değişikliklere yol açmakta ve insanı anksiyete bozukluklarına yatkın kılmaktadır. Anksiyete ve panik nörobiyolojisinde araştırmalar oldukça yeni sayılabilir. Yapılan hayvan araştırmaları, anksiyetenin ortaya çıkışında farklı reseptör alt tiplerinin yönlendirdiği 5HT mekanizmalarının rol oynadığını düşündürmektedir. Anksiyetenin oluşumunda dopamin sisteminin duygusal durumdan çok, motivasyonu artırmada ve başa çıkma tepkilerinin edinilmesinde rolü olabileceğini göstermektedir. Stres sırasında histaminerjik sistemde aktivasyon gelişmektedir. Antihistaminerjik ajanların sedatif ve anksiyolitik etkisi bu sistemin anksiyete oluşumunda rol oynadığını göstermektedir.

Anksiyete alanında yapılan çalışmaların ortak noktasında, biyolojik bir alt yapının olduğu, hücresel düzeydeki yapısal anormalliklerin ve birtakım düzenleyici mekanizmaların bozukluğunun önemli olduğu ifade edilmektedir. Serotonin ve GABA sistemindeki anormalliklerin yanı sıra strese karşı adaptif olmayan tepkilerin lokus seruleus-norepinefrin sempatik sinir sisteminden, hipotalamohipofizer aks ve kolesistokinin sisteminden kaynaklandığı görüşü bugün için hakim olan görüş olarak karşımıza çıkmaktadır (56).

Anksiyete 4 düzeyde tanımlanır. Bunlar;

- A. Hafif derece anksiyete: Anksiyetenin bu seviyesi kişiler için nadiren sorun olur. Duyuları keskinleştirir, motivasyonu artırır, algısal alanı genişletir, öğrenmeyi ve işlevselliği artırır.
- B. Orta derece anksiyete: Anksiyetenin seviyesi arttıkça algısal alanın genişliği azalır. Bireyin ihtiyaçlarını giderebilmesine karşın dikkat süresi ve

konsantrasyon yeteneği azalır, kas gerginliği ve huzursuzluk belirgin olarak artmıştır.

C. İleri derece anksiyete: Dikkat seviyesi ve süresi son derece azalmıştır, basit görevleri bile yerine getirmede zorluk yaşanır, fiziksel ve duygusal belirtiler ortaya çıkabilir.

D. Panik derece anksiyete: Anksiyetenin en yoğun olduğu bu durumda kişi çevredeki bir deteye bile odaklanamaz, yanlış algılama ve gerçekte bağlantı kaybı oluşabilir. Halüsinasyon ve sanrı, saldırganlık ve içe kapanıklık davranışı yaşanabilir. Korku duygusu ile ilişkilidir ve yaşamı tehdit edici olabilir.

Anksiyete bozukluklarının nedenleri ile ilişkilili olarak farklı görüşler mevcuttur, buna göre;

Psikodinamik Görüş: Bu görüşe göre, anksiyete bireyin kendisinden ve dış ortamdaki kaynaklanan tehditler sonucu benlikte ortaya çıkan gerginlik durumudur. Çocukluk yıllarından başlayarak bastırılmış duygular, istekler ve yaşantılar, sonraki yıllarda zaman zaman bireyin benliğini rahatsız eder. Benlikle (ego), alt benlik (id) ve üst benlik (süper ego) arasında bir çatışma ortaya çıkar ve bu da bireyde anksiyete yaratır.

Kişilerarası Görüş: Bu görüşe göre anksiyete, insanların birbirleri ile ilişkilerinden kaynaklanır. İnsan başkaları karşısında başarısız olduğunda ya da beğenilmediğinde güven duygusu azalır, benlik saygısı düşer ve anksiyete duygusu yaşar.

Davranışçı Görüş: Bu görüşe göre anksiyete doğrudan acı ya da ağrıdan kaçma dürtüsü temelinde gelişmiş bir duygusal yaşantıdır. Öğrenme kuramcılarını erken yaşam dönemlerinde yoğun korkular ve stresli olaylar yaşayan bireylerin sonraki dönemlerinde yüksek düzeyde aksiyeteye eğilimli olduklarını öne sürmektedir.

Bilişsel Görüş: Bu görüşe göre anksiyete, mevcut bir uyaran farklı kişilerde farklı duygulara yol açabileceği gibi, aynı kişide farklı zamanlarda farklı duygulara neden olabilir. Beck'in klasik bilişsel kuramında; olayların ne biçimde yorumlandığı ve algılandığı, duygularımızı belirler (57).

Anksiyetenin ortaya çıkışı, iç psikolojik dengenin bozulmuş olduğunun bir işareti olarak kabul edilebilir. Psikanalitik açıdan anksiyete, kabul edilemeyen bir dürtü ile mücadele ya da kaçınmada, egonun emrindeki güçleri harekete geçirmesini sağlayan bir sinyaldir. Bu sinyalle birlikte benlik, içerden gelen baskıya karşı savunma önlemlerine başvurur. Savunmaların başarılı olması durumunda, anksiyetenin savuşturulması ya da güvenli bir şekilde denetim altına alınmasıyla psikolojik denge yeniden kurulur (58,59). Bastırılmadığı ve diğer savunma sistemlerinin devreye giremediği durumlarda ise, anksiyete tek semptom şeklinde izlenecektir. Bir nedenle sinyal olarak işlev gördüğü düşük düzeyin üstüne çıktığında ise yaygın anksiyete ya da panik nöbete dönüşebilecektir (60).

4.2.2. Anksiyetede Klinik Belirti ve Bulgular

Anksiyetenin belirtileri bireyseldir. Anksiyete bozukluğunun tipik belirtileri; korku, ruhsal gerginlik, alınganlık ve konsantrasyon güçlüğü, ağızda kuruluk hissi, baş dönmesi, kaslarda gerginlik, terleme ve çarpıntı gibi fiziksel belirtilerdir. Bu belirtiler bireyin günlük yaşantısını kesintiye uğratabilir. Kişi aynı anda birden fazla sayıda anksiyete bozukluğu yaşayabilir. Bazen depresyon gibi bir duygu durum bozukluğu da tabloya eşlik edebilir (61,62).

Anksiyete bozukluğu, genel popülasyonun yaklaşık %5-7 'sini ve sıklıkla kadınları etkilemektedir. Bireylerin yaklaşık %29 'unun yaşamları boyunca en az bir defa anksiyete bozukluğu yaşayabilecekleri öngörülmektedir.

Anksiyete bozukluğunun etkin tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Bu süreçte bireyin destek sistemlerinden, yakınları ve ailesinden yardım alabileceği unutulmamalıdır. Sağlık öyküsü sırasında izlenen belirtiler, hastanın günlük yaşamı ve aile geçmişi ile ilgili sorular, anksiyete bozukluğu ile ilgili tanının konmasına

yardımcıdır. Ancak bu süreçte diğer rahatsızlıkların ayırt edilmesinde fiziksel tanılama önemlidir (63).

Anksiyete bozukluğu tanısı konulan hasta bireylerin bakım sürecinde; ilaçların danışma, sosyal destek, egzersiz, kendini rahatlatma ve kendi kendine yardım etme tekniklerinin kullanımı önemlidir (63).

Anksiyetenin Fiziksel Belirtileri

Anksiyetenin, sistemler üzerinde yol açtığı fiziksel belirtiler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Kalp ve Damar Sistemi: Taşikardi, çarpıntı hissi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi

Kas-iskelet Sistemi: Ağrı, sızı, seyirme, sertlik, ürperme, yorgunluk hissi

Nörolojik Sistem: Baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük

Gastrointestinal Sistem: Yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, intestinal huzursuzluk, diyare

Genitoüriner Sistem: Sık idrara çıkma, sıkışma hissi, cinsel bozukluk, menstrüel sorunlar

Otonom Sinir Sistemi: Ağız kuruluğu, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerde ayaklarda üşüme hissi

Solunum Sistemi: Göğüste baskı hissi, solunumda kesinti, iç çekme, nefes darlığı, hiperventilasyon.

Anksiyete Bozuklukları

Temel belirtisi anksiyete olan bir dizi sendrom sınıflandırma sistemlerinde 'Anksiyete Bozuklukları' başlığı altında toplanmaktadır (64,65).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı (DSM-IV)'nda yer alan Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Ölçütleri aşağıdaki şekilde bildirilmektedir:

A) En az 6 ay süreyle her gün ortaya çıkan, çoğu olay ya da etkinlik ile ilgili (iş ya da okul başarısı gibi) yoğun anksiyete ve endişe beklentisi hissi,

B) Endişe (hüzün) hissinin kontrol edilmesinde zorlanma,

C) Anksiyetenin altı belirtiden en az üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik etmesi (son 6 ay boyunca bazı belirtiler izlenir),

- huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da sabırsızlık,
- kolay yorulma,
- düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihinsel yorgunluk,
- sinirlilik hali,
- kas gerginliği ve
- uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte zorluk çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku).

D) Anksiyete ve ilgili fiziksel yakınmaların, klinik açıdan belirgin bir strese, neden olması,

E) Anksiyete, toplumsal, mesleki veya işlevsellik ile ilgili olarak yaşam düzeninde bozulmaya neden olması ve

F) Bozukluğun bir madde veya ilaç kullanımı, veya herhangi bir fiziksel hastalık etkisine bağlı olmayışıdır.

4.2.3. Anksiyete Bozukluklarında İleri İnceleme

Nörotransmitterler: Nörotransmitterlerin anksiyete oluşumundaki rolü üzerine yapılan hayvan deneylerinde, norepinefrin, seratonin ve γ -aminobutirik asit (GABA)'in dikkat çektiği bildirilmektedir. Noradrenerjik sisteme ilişkin ana

hücreler, pons ve locus seruleus bölgesinde bulunmaktadır. Hayvan deneylerinde bu bölgenin uyarılması ile korku semptomlarının oluşması, bu bölgenin çıkarıldığı hayvanlarda ise korku tepkisinin ortadan kalkması, panik bozukluğu olan hastalarda noradrenalin düzeyini arttıran ilaçların (β -adrenerjik agonist ve α -2 adrenerjik antagonist) panik atakları ortaya çıkarması, anksiyete bozukluğu olan hastaların serebrospinal dolaşımında ve idrarlarında noradrenalin metabolit düzeyinin yüksek bulunması, noradrenalinin anksiyete bozukluklarında önemli rol oynadığını düşündürülen veriler olarak dikkat çekmektedir. Buspiron (5-HT_{1A} reseptör parsiyel agonisti) ve birtakım antidepresanlar gibi serotonin üzerinden etki gösteren ilaçların anksiyete bozukluklarının tedavisinde yararlı olması, anksiyete bozukluklarında serotoninin de rol oynadığını düşündürmektedir. Benzodiazepinlerin anksiyete giderici etkinliği tartışmasız kabul edilen bir gerçektir. Benzodiazepinlerin özellikle GABA-A reseptörleri ile etkileşime girerek etkinliğini ortaya çıkarması, anksiyete bozukluklarında GABA'nın da önemli rolü olduğunu ortaya koymaktadır (66,67,68).

Beyin Görüntüleme Çalışmaları: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition-1994)' ismiyle yayımlanan ve anksiyete bozukluğu deneyimleyen hastalarda yapılan BT (Bilgisayarlı Tomografi), MR (Manyetik Rezonans), PET ([Pozitron Emisyon Tomografi](#)), SPECT ([Tek-Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi](#)) ve EEG (Elektroensefalografi) incelemelerinde; ön serebral ventriküllerde genişleme, frontal, oksipital ve temporal bölgelerde özellikle sağ hemisferi ilgilendiren normal dışı bulgular tanılanmıştır. Panik bozukluğu deneyimleyen hastalardaki MRI incelemelerinde, sağ temporal lob, özellikle hippokampal bölgede kortikal atrofiye, PET ve SPECT çalışmaları ise, panik atak ile beyin kan akımındaki azalma arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir (66,67).

Genetik: Özellikle panik bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %50'sinin birinci derece akrabalarında benzer belirtilerin bulunması riski 3-17 kat arttırmaktadır. Bozukluğa yatkınlığa yol açan kesin bir gen gösterilemese de 16. kromozom ve 22. kromozom (COMT geni) şüpheli genlerdir. Anksiyete bozukluklarında genetik faktörlerin de rol oynayabildiğini düşündürmektedir. (68).

Deneysel çalışmalar: Noradrenalin, serotonin ve GABA reseptörleri bakımından zengin olan limbik sistem, anksiyete ve korku deneyimi ile ilişki içerisindedir. Septohipokampal yoldaki aktivite artışının anksiyete oluşumunda önemli rol oynadığı ve özellikle obsesif-kompulsif bozuklukla singulat girus patolojisi arasında bir ilişki bulunduğu bildirilmektedir. Parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamus ile yakından bağlantılı, yanısıra frontal serebral korteksin de anksiyetenin oluşumunda önemli rol oynadığı düşünölmektedir (69,70).

4.2.4. Anksiyetede Tedavi İlkeleri

Ciddi anksiyete bozukluklarında bilişsel davranışsal terapi ve antidepresanların birlikte kullanıldığı, daha hafif düzeyde anksiyete deneyimleyen hastalarda ise sadece bilişsel davranışsal terapiye başvurulmasının prognozu olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (71). Anksiyete bozukluklarının fiziksel hastalıklardan ayırt edilmesi önemlidir. Bireyin ilaç kullanımına olan tutumu anlaşılmalıdır. İlaç başlandıktan sonra hastaların %50'si ilk 3 ay içinde ilaç kullanmayı bırakmakta, az sayıdaki hastalar ise yazılan reçeteye uyum sağlamamaktadır. Tedaviye uyum temel olup, hastanın bu konudaki tereddütleri açığa çıkarılmalıdır. SSRI (seçici serotonin geri alım inhibitörü) tipte antidepresan ilaç kullanımında gerçekte yan etkileri en aza indirmek amacıyla ilk dört gün uygun dozun yarısı başlanmalı, iki haftadan sonra yan etkilerin ortadan kalkması beklenmelidir. Bu nedenle ilk iki haftadaki ajitasyonu hafifletmek amacıyla anksiyolitik kullanımı yararlı olabilir. Anksiyete bozukluklarından genellikle yüksek doz antidepresan kullanımı gerektiği bildirilmektedir (72,73).

Tedavide; imipramin, klomipramin, amitriptilin (150–300 mg./gün), MAO inhibitörleri, SSRI grubu antidepresanlardan fluoxetine (20–80 mg./gün), sertralin (50–200 mg./gün), paroxetin, fluvoxamin (100–300 mg./gün) gibi trisiklik antidepresanlar, benzodiazepinlerden ise, alprazolam (2–8 mg./gün), klonazepam (1–10 mg./gün), lorazepam kullanılabilir (52,74).

Tedaviden yarar gören hastalarda tedaviye en az 8–12 ay devam edilmelidir. Tıbbi tedaviye son verildiğinde belirtilerin tekrarlama riski %30–90 arasında değişkenlik göstermektedir. Tedaviye yanıtızlık durumunda ise; tanının doğruluğu,

ruhsal ya da bedensel eşlik eden başka hastalığın olup olmadığı, hastanın tedaviye uyumu, ilaç dozunun yeterliliği, tedavi süresinin yeterliliği, ilaçlarla gıda etkileşimleri gözden geçirilmelidir (75,76,77).

4.3. Karpal Tünel Sendromu ve Anksiyete İlişkisi

Karpal Tünel Sendromu ile depresyon ve anksiyete arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Kronik kas-iskelet sistemi ile ilgili olarak ağrı deneyimleyen hastaların %17,8'inin anksiyete bozukluğu açısından son tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmektedir (8).

Üst ekstremitesi ağrılı hastalarda depresyonda artış olduğu bildirilmektedir. Literatürde KTS'lu hastalarda uyku bozukluklarına sık rastlandığı, nokturnal uyanma ve nokturnal istem dışı hareketler görüldüğü bildirilmektedir (8).

Karpal Tünel Sendromu ve benzer kronik hastalıklara eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların hastaların yaşam kalitesini bozduğu, bakım ve tedaviye yanıtını ve hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (8,13).

Karpal Tünel Sendromlu hastalarda izlenen anksiyetenin uyku bozuklukları üzerine etkisini incelemek üzere, Kafkas ve Harran Üniversiteleri Psikiyatri ve Nöroloji Anabilim Dalları işbirliği ile 62 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada ciddi anksiyete belirlenmiştir (8).

4.4.Karpal Tünel Sendromu ve Hemşirelik Bakımı

Karpal Tünel Sendromu, hastalarda ağrı ve iş gücü kaybına, buna bağlı olarak ta çeşitli mesleki ve sosyal sorunlara yol açabilen, tuzak nöropatileri içinde en sık görülen hastalıktır. Tekrarlayan el ve bilek hareketlerinin yoğun olarak uygulandığı meslek grupları ve ev hanımlarında sık görülmekte olup, ağrı ve işlevsellik kaybının, bu hastalarda psikolojik olumsuz etkileri olduğu, anksiyete, depresyon ve uyku bozukluklarına neden olabildiği; Gül ve ark. (2008) 62 KTS'li hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada, KTS ve anksiyete ilişkisini destekler nitelikte; "Beck Anksiyete Envanteri puan ortalamaları" ve "Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği puan

ortalamaları'' yüksek bulunmuş (8), Tekeoğlu ve ark. (2008) 84 KTS'li hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada; Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması, kontrol grubunun puan ortalamasına göre yüksek bulunmuş (93), aynı çalışmada Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, kontrol grubunun puan ortalamasına göre yüksek bulunmuştur. Yine Pogorzelski R ve ark. (2011) 87 KTS'li hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada STAI sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (100).

KTS'lu hastalarda uygulanacak olan hemşirelik girişimleri de hastanın ağrı yakınmasının azaltılması, işlevselliğin iyileştirilmesi ve hastalık süreci ile ilişkili olarak hastanın bilgilendirilmesini içermelidir. Hastaların tedavisinde amaç; hastalığın erken dönemde tanınması, gerekli önlemlerin alınması, ilerlemenin yavaşlatılması ve hatta iyileşmenin sağlanmasıdır. Geleneksel yöntemler içinde en önemli olan etkilenen bölgede hareketsizliğin sağlanmasıdır. Bu yol ile ele fazla yük binmesi ve el bileğinin fleksiyonu önlenir. Bu amaçla el ve el bileği atelleri ile istirahat sağlanmalıdır. Soğuk uygulama yapılarak ağrı ve enflamasyon azaltılmaya çalışılmalıdır. Ek olarak önerilen tıbbi tedavi yöntemlerinin hastanın eğitimi ile desteklenmesi, KTS'na yönelik tedavi edici girişimlerinden daha iyi yanıt alınmasını sağlamaktadır (13,78,85).

Karpal Tünel Sendromlu hastaların uygulanan konservatif tedavi yöntemlerinden yarar görmemesi durumunda cerrahi tedavi seçenekleri değerlendirilmekte olup, bu hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemlere yönelik eğitimi, iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Cerrahi girişim sonrasında ödem ve venöz konjesyonun önlenmesi amacıyla atel ve sargı uygulamaları ile ekstremitenin elevasyonu sağlanmalıdır. Hasta taburcu edilmeden önce ekstremitenin nörovasküler durumunun değerlendirilmesi sağlanır. Cerrahi sonrası elin zorlayıcı hareketlerinden kaçınılması, yara bakımı ve yara iyileşmesini sağlayan ve kontraktür oluşumunu engelleyen egzersizlerin yapılması sağlanmalıdır. Cerrahi sonrası dönemde ağrı ve uyuşma hissinin azalacağı, ancak bu yakınmaların zaman içinde ve belli ölçüde gerileme göstereceği, ağır düzeyde hasar gelişmiş olan hastalarda iyileşmenin sınırlı düzeyde kalabileceği unutulmamalıdır. Cerrahi sonrası rehabilitasyon uygulamalarının ve hasta eğitiminin, hastaların mesleki işlevselliğe

yeniden kavuşmasını sağladığı ve hastaların günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede dönmesini sağladığı bildirilmektedir (13,79,85).

4.5. Hemşirelik Girişimleri

4.5.1. İşlem Öncesi Hemşirelik Girişimleri

Nöroşürüjji hemşireleri, KTS cerrahi işlemi öncesi dönemde hasta bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilecek işlevlerin yeniden kazandırılması sürecinde, anksiyetenin giderilmesinde, komplikasyonların önlenmesinde, ağrıyı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinde ve lokal anestezi sonrası hastanın bakım sorunlarını gidermede etkin bir rol üstlenmektedir. İşlem öncesinde doğru tanılamamanın yapılması, normal fizyolojik değerlerin elde edilmesi ve işlem süresince hasta ile ilgili riskleri arttıracak etmenlerin belirlenmesi önemlidir (78).

Tıbbi öyküsünde ve fiziksel tanılmasında KTS cerrahisi açısından önemli bir sorun saptanmayan hastaların cerrahi işlemi, belirlenen zaman diliminde gerçekleştirilebilir. Bu dönemde; yaş, yaşam bulguları (kalp hızı, kan basıncı, solunum hızı, oksijen saturasyonu), vücut ağırlığı, cilt rengi, sıcaklığı ve kuruluğu, alerjiler (ilaç, gıda, lateks), alkol, sigara, madde kullanımı, önceki sedasyon/analjezi/anestezi deneyimleri ve kullanılan ilaçlar ve diğer sorunlar, ilgili tıbbi-cerrahi öykü (renal, hepatik, kardiyak, pulmoner, nörolojik, glökom), hava yolu açıklığı, gerçek sağlık sorunları, konfor düzeyi (ağrı, bulantı, vertigo, güçsüzlük vb. gibi), bilinç düzeyi, hareketlilik ve güvenlik önlemleri, mental durum, laboratuvar değerleri (eğer endikasyon konulmuş ise), hamilelik durumu gibi konularda ilk tanılama gerçekleştirilmelidir. Bu tanılamamanın yanısıra uygulanacak hasta eğitimi belli temel ilkeler doğrultusunda, her hastaya özel ve bireysel olarak verilmelidir (78,79).

Cerrahi girişim öncesi yapılacak olan rutin işlemler konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilir. Cerrahi işlem ve sonuçlarının belirsizliğine bağlı anksiyetenin giderilmesine yönelik basit açıklamalar yapılarak çevreye karşı oryantasyon sağlanmalıdır (80). Hasta ile ilgili risk faktörleri en aza indirilmelidir. Hastanın, tedaviye ilişkin yöntemler konusunda bilgilendirilmesi psikolojik ve dolayısıyla

fizyolojik rahatlamayı sağlar. Hastanın sorumluluklarının bilincinde olması, ailenin desteğinin pekiştirilmesinde önemlidir. Progressif kas gevşetme teknikleri ve meditasyon benzeri tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden yararlanılarak anksiyetenin giderilmesi sağlanır (81). Ağrının yeri ve şiddeti tanılanmalı, ağrıya karşı oluşan anksiyete ve huzursuzluk durumu gözlemlenmelidir. Uygulanacak tüm girişimler öncesinde bireye açıklama yapılmalıdır. İnsizyon bölgesinin deri hazırlığı yapılmalı, hastaya rahat edebileceği uygun pozisyon verilmelidir. Ağrılı invaziv girişimlerden önce hekim istemi ile bireye uygun analjezik uygulanmalıdır (82). Tüm invaziv girişimlerde cerrahi aseptik tekniğe uyulmalı, cerrahi girişimin zamanı ve süresi konusunda hasta ve ailesi aydınlatılmalıdır. Endişelerini ifade edebilmesi açısından hastaya fırsat tanınmalı, bireyin cerrahi girişim sonrası erken dönemde el parmaklarını nazik bir şekilde açıp kapaması gerektiği, evde yara bakımı, parmak egzersizleri ve kontraktürü önlemeye yönelik uygulamaları gerçekleştirmesi gerekliliği açıklanmalıdır (79). Cerrahi girişim sonrası erken dönemde ağrı ve parestezi azalırken, duyuların geri gelmesinin zaman alacağı, duyuşal yetersizliğin devamlı olabileceği konusunda açıklama yapılmalı, aşırı sıcak gibi çevresel uyaranların termal yaralanma riskini arttırabileceği konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir (78).

Hastanın gerçek sağlık durumunun ve sonuçlarının lokal anestezi uygulamasını etkileyebileceği olasılığı dikkate alınarak, işlem öncesi laboratuvar testleri değerlendirilmelidir (83).

Tanıya ve tedaviye yönelik cerrahi işlem öncesi dönemde analjezi uygulanan her hastanın sürekli izlem ve tanılama gereksinimi içinde olduğu bilinen bir gerçektir. Hemşirelik tanılamasının içeriğinde, fizyolojik parametreler, konfor düzeyi, cilt sıcaklığı ve kuruluğu, bilinç düzeyi ile ilgili gözlemlere ilişkin veriler yer almaktadır. Hastanın sürekli gözlemi ve hasta tanılaması hemşirenin sorumluluğundadır (78).

Hasta, cerrahi işlemin gerekliliği konusunda aydınlatılmalıdır. İşlemin ciddi bir kontrendikasyonu olmadığını, işlemin kendisi açısından endike olduğunu bildiren bir form hastaya imzalatılmalı, hastanın dosyası ve genel durumu ile tüm kayıtlar

hemşire tarafından hazırlanmalıdır. Hemşire, ilk tanılama sırasında hasta ile ilgili bilgileri hekim ile paylaşmalıdır (83).

4.5.2. İşleme Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşire, analjezi uygulanan hastayı izlemede yaşamsal bir rol oynamaktadır. Bu gözlem; hasta konforu ve gelişebilecek semptomların kontrolünü içermektedir.

İşlem sırasında gerçekleştirilen hasta izlemi yoluyla, nabız, kan basıncı ve solunum değerleri, kardiyak elektriksel aktivite ve nörolojik sistem ile ilgili değişiklikler ve hastanın klinik durumu değerlendirilir ve hasta dosyasına kaydedilir (84).

Hasta gününbirlik cerrahi ünitesinde alınır. Hastanın duygusal ve fiziksel olarak rahatının sürdürülmesi için bekleme süresi olabildiğince kısa olmalıdır. Ameliyat öncesi kontrol listesindeki bilgiler doğrulanmalı, cildin uygun antisepsisi sağlanmalıdır. Anksiyetenin azaltılmasında müzik terapisinden yararlanılmalıdır. Hasta ameliyat masasına alınmalı ve uygun pozisyon verilmelidir. Uygun pozisyon sonrası yaşam bulguları alınmalı, uygun damar yolu sağlanmış olmalıdır. Cerrahi girişim için uygun şekilde hasta drape edilirken yardım edilmeli, tüm hazırlıklar kontrol edilmelidir. Genel ya da lokal-bölgesel anestezi uygulamasına ilişkin olarak olası acil girişim araç, gereç ve ilaçları hazırda bekletilmelidir. Anestezi sürecinde komplikasyonların önlenmesine yönelik bilinç düzeyi izlenmeli, anestezi uygulanacak olan tüm hastalarda pulse-oksimetre izlemi gerçekleştirilmelidir. İşlem ve hastanın girişimlere verdiği yanıt kayıt edilmelidir. Solunum işlevleri izleminin yanı sıra, işlem süresince hemşirenin hastayı sürekli gözlemesi ve oskülte etmesi temeldir. İşlem bitiminde hasta gününbirlik cerrahi ünitesinde yaşam bulguları, kanama, bulantı-kusma ve bilinç yönünden değerlendirilmeli ve anormal bulgular kayıt ve rapor edilmelidir. Hasta aldığı anestezi türü ve ameliyata göre ortalama 2-4 saat gününbirlik cerrahi ünitesinde kalabilir (83,84,85).

4.5.3. İşlem Sonrası Hemşirelik Girişimleri

Cerrahi girişim sonrası standart taburculuk kriterleri uygulanmalıdır. İşlem sonrası dönemde kurum politikaları doğrultusunda yaşam bulgularının sürekli izlemi ve kaydı önem taşımaktadır (85).

Hastaların günübirlik cerrahi ünitesinden taburculuk kriterleri aşağıdaki gibidir:

Hasta bireyin;

- ameliyat sonrası yaşamsal bulgularının normal sınırlarda olması (en az 1.5-2 saat),
- aktivite intoleransının olmaması,
- uyanık ve oryante olması,
- ekstremitelerindeki duyuların geri dönmesi ve dolaŐımının yeterli olması,
- oral sıvı alımını tolere edebilmesi,
- Üriner  ıktısının normal sınırlarda olması,
- son bir saat içerisinde analjezik etkisinde olmaması,
- bulantı, kusma ve baş dönmesinin en az düzeyde olması,
- yara yerinde akıntısının ve aşırı miktarda kanamasının olmaması,
- taburculuk sonrası (ilk 24-48 saat süre) evde bakımdan sorumlu bireye sahip olması gerekmektedir (78,85).

Hasta taburcu edilirken hemşire tarafından yapılan hasta eğitiminin aileyi de kapsamına alması önem taşımaktadır. Taburculuk eğitiminde cerrahi girişim sonrası evde ilk 24 saat içinde ortaya çıkan ağrı, ameliyat yerinde kanama/akıntı, bulantı-kusma gibi durumlarda yapılması gerekenler, anestetik ilaçların yan etkileri, komplikasyon belirti ve bulguları, komplikasyon gelişmesi durumunda yapılması

gerekenler, kontrol tarihi ve acil durum telefon numaraları, yara bakımı, kullanılacak olan ilaçların yan etkileri ve kullanma şekilleri, yemek yeme zamanı, infeksiyon belirti ve bulguları, hareket kısıtlılığı, işlem sonrası 2 hafta süresince yara yerinin su ile temasının önlenmesi, ellerin dinlendirilmesi ile ilgili zaman aralığı, gece uykusu sürecinde bilek üzerine yatılmaması, atel kullanımı ve his kaybına ilişkin uyarılar, araba kullanma durumu ve işe başlama zamanı benzeri konularda hasta bilgilendirilmelidir. Hasta bireye tendon ve el bileği ile ilgili egzersiz yöntemleri önerilmelidir. Hasta eğitiminin bireyin yaşam kalitesini arttıracacağı, bilgi eksikliğine ilişkin anksiyeteyi azaltacağı ve bireyin günlük aktivitelerine geri dönüşünü hızlandıracağı literatürde bildirilmektedir (85,86,87).

Nöroşirürji hemşiresi cerrahi girişim geçiren ya da geçirmeyen KTS'li bireyin bakımında anksiyetenin giderilmesi/azaltılmasına ilişkin gerekli önlemleri alarak, hastanın tıbbi ve cerrahi tedavi ve bakım girişimlerine yanıtını olumlu yönde etkilemelidir (85,86,87).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Karpal Tünel Sendromu benzeri kronik hastalıklara eşlik eden anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların hastaların bakım ve tedaviye yanıtını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (8,13). Bu araştırma KTS'li hastalarda sürekli anksiyete düzeyinin belirlenmesi ve elde edilen sonuçların hemşirelik bakımına yansıtılması amacıyla kesitsel olarak planlandı.

Araştırma Soruları:

- Cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastalarda sürekli anksiyete düzeyi nedir?
- Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastalarda sürekli anksiyete düzeyi nedir?
- Karpal tünel sendromlu hastalara uygulanan cerrahi tedavi ile sürekli anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki nedir?

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Aralık 2014 ve Eylül 2015 tarihleri arasında Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi ve Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi'nde yürütüldü.

5.3. Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi ve Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi Veri Bankasına ardışık ve prospektif olarak kaydedilmiş, elektrofizyolojik yöntemlerle orta ve ileri evre KTS tanısı alan hastalar oluşturdu.

Araştırmaya katılmaya istekli, gerekli ölçütleri sağlayan cerrahi tedavi uygulanmayan 40 hasta ve cerrahi tedavi uygulanan 40 hasta olmak üzere, toplam 80 hasta dahil edildi.

Örneklem Büyüklüğü (Hasta sayısı)

Bu araştırmada iki oranının karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen analizler için belirli Tip 1 hata ve Tip 2 hata düzeylerinde gerekli olan minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için kullanılan formül aşağıdaki şekildedir;

$$n = \frac{r + 1}{r} * \frac{p(1 - p)^2 * (z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2}{(p1 - p2)^2}$$

n = Örneklem büyüklüğü

p: Olayın görülme olasılığı

p1-p2 : Klinik anlam ifade eden fark

r : n₂/n₁ (gruplardaki örnek sayısı oranı)

Tip 1 hata olasılığı (α) 0,05 (%95 güven düzeyinde), Tip 2 hata olasılığı (β) 0,20 (%80 güç düzeyinde) olarak kabul edildiğinde $z_{\alpha}=1.96$, $z_{\beta}=0.85$ 'dir. Gruplar arasında antidepresan kullanım oranları bakımından %30'luk farkın klinik olarak anlamlı olacağı öngörülmüştür. İki grupta da eş sayıda örnek olacağı varsayılmış olduğundan r=1'dir. Yukarıda belirtilen formül kullanılarak yapılan hesaplamada; gruplarda gerekli minimum örneklem büyüklüğü 39'ar kişi toplamda 78 olarak saptanmıştır.

5.4. Verilerin Toplanması

5.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması:

Araştırmacı tarafından literatür (1,8,9,11,13,17) doğrultusunda geliştirilen formda (Ek 1) hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin soruları içeren toplam 21 adet soru yer almaktadır.

Veri toplama formunda;

Tanıtıcı Özellikler (yaş, cinsiyet, klinik durum ve öykü)(Soru:1.-9., 14.,16.,17.,19.,20.,22.,23.),

Eşlik eden risk faktörleri (öyküde HT, DM, lokal veya sistemik hastalık varlığı) (Soru:10.,11.),

Semptomların başlangıç zamanı ve tıbbi tedavi başlangıç süreleri
(Soru:12.,13.,15.),

Semptomlara yönelik tıbbi tedavi (Soru: 18.,21.) durumu ile ilgili sorular yer almaktadır.

Karpal Tünel Sendromu tanısı konulmuş cerrahi tedavi uygulanan 40 (deney grubu) ve cerrahi tedavi uygulanmayan 40 (kontrol grubu) hasta olmak üzere toplam 80 hasta araştırma kapsamına alındı.

Veri toplama formu cerrahi tedavi geçiren ve geçirmeyen hastalarda sürekli anksiyete düzeyini belirlemek üzere Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI= State-Trait Anxiety Inventory) kullanıldı (Ek 2).

5.4.1.1. Durumluk Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI= State-Trait Anxiety Inventory):

Spielberger, Gorsuch ve Lushene (1970) tarafından geliştirilen bu ölçek, her biri 20 sorudan oluşan durumluk ve sürekli anksiyete olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Durumluk anksiyete ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda, geçici olarak kendini nasıl hissettiğini, sürekli anksiyete ölçeği ise; durumluk anksiyetesine göre daha genel, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirlemektedir. Ölçek 40'tan fazla dile çevrilmiş olup, dünya çapında bireylerin anksiyetesini ölçmekte kullanılmaktadır. Toplam 40 soru ve 4 ayrı cevap seçeneğinden oluşmaktadır (88,89,90,91,92).

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması (1977), geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçeleştirilmiş şeklinin iç-tutarlılığı ve güvenilirliği Kuder Richardson 20, 'Item Remainder' korelasyonları ve test-tekrar test tekniği ile saptanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği Kuder-Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alfa korelasyonları ile saptanmış, iç tutarlılık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar, durumluk anksiyete ölçeği için 83 ile 92, sürekli anksiyete ölçeği için 86 ile 92

olarak bulunmuştur. Geçerliliği de yapı ve kriter geçerliği olmak üzere iki teknikte test edilmiştir (83,88).

Öner ve Le Compte (1998), İngilizce ve Türkçe formların tutarlılığının, test tekrar test güvenilirliğinin, yapı ve kriter geçerliliklerinin yüksek olduğunu saptamıştır (88).

Hastanın durumluk ve sürekli anksiyete düzeyini ölçmek için kullanılan ölçek Likert formatında, 20'si durumluk, 20'si de sürekli anksiyete ölçmeye yönelik toplam 40 maddeden oluşan kağıt kalem ölçeğidir. Durumluk anksiyete ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, Hiç (1), Biraz (2), Çok (3), Tamamıyla (4) şeklindedir. Sürekli anksiyete ölçeğinde ise dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri; Hemen hiçbir zaman (1), Bazen (2), Çok zaman (3) ve Hemen her zaman (4) şeklinde puanlanmıştır (83,88).

Durumluk ve Sürekli Anksiyete ölçeklerinin her biri için birbiriyle dengeli eşit sayıda madde kullanılmıştır. Durumluk anksiyete ölçeğinde 10 adet (1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19.ve 20. maddeler), sürekli anksiyete ölçeğinde ise 7 adet (21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade bulunmaktadır (88).

Puanlama şu şekilde yapılır;

Durumluk ve sürekli anksiyete puanları ayrı olarak hesaplanmaktadır. Ters (olumlu) ifadelerin puanı tersine çevrilmekte, 1 puan=4, 2 puan=3, 3 puan=2, 4 puan=1 olacak şekilde puanlar dönüştürülmektedir. Daha sonra tüm maddelerin (20 madde) puanı toplanarak 20-80 arasında toplam puan elde edilir (88).

Puanların Yorumlanması:

Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Büyük puan yüksek anksiyete seviyesini, küçük puan ise düşük anksiyete seviyesini belirtmektedir (88).

5.5. Verilerin analizi ve değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for windows 16,0 programı kullanıldı.

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile klinik durumlarına ilişkin istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin üç grup karşılaştırmalarında Oneway Anova test, iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson ve Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Fisher's exact test ve Yates' continuity correction test (Yates düzeltmeli Ki-kare) kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,01$ ve $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

Sonuçlar %95'lik güven aralığında değerlendirildi. Çalışmada, Cronbachalpha (α) sürekli anksiyete ölçeğinin iç tutarlık katsayısının 0,876 olduğu saptandı.

Çalışmada, STAI sürekli anksiyete puan ortalamasının ≥ 40 olması durumu, ciddi ve klinik açıdan önemli anksiyete düzeyi olarak değerlendirildi (89,90,91,92).

5.6. Araştırmanın etik ve yasal yönleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için Etik Kurul Başkanlığı'na, İl Genel Sekreterliği' ne ilgili kurallar doğrultusunda yazılı olarak başvurularak, etik uygunluk kararları alındı (Ek 12.4).

Araştırma kapsamına alınan tüm hastalara, araştırmanın amacı ve veri toplama formunun doldurulması konusunda sözlü olarak bilgi verildi. Hastalara, formda kimlik bilgilerinin yer almadığı belirtildi. Hastalara, kendileri ile ilgili tüm bilgilerin gizli kalacağı konusunda güvence verildi.

Veri toplama formu ve sürekli anksiyete ölçeği, evrene Aralık 2014 ve Eylül 2015 tarihleri arasında uygulandı.

KTS cerrahisi uygulanan ve uygulanmayan hastalara, veri toplama formu ve sürekli anksiyete ölçeği uygulandı. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, araştırmacı tarafından dolduruldu. Veriler toplanırken zaman kısıtlaması yapılmadı. Ortalama veri toplama süresi 10-30 dakika arasında değişiklik gösterdi.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Aralık 2014 ve Eylül 2015 tarihleri arasında Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi ve Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi Veri Bankasına ardışık ve prospektif olarak kaydedilmiş, orta ve ileri evre KTS tanısı almış olan, araştırmaya katılmaya istekli, özgeçmişinde ve halen alkol ve madde bağımlılığı olan, orta ve ileri evre dışı KTS hastalarının kapsam dışı bırakıldığı, hastalara yönelik veri toplama formu ve sürekli anksiyete ölçeğinin doldurulması ile sınırlıdır.

8. BULGULAR

Araştırma cerrahi tedavi uygulanan ve uygulanmayan Karpal Tünel Sendromlu hastalarda sürekli anksiyete düzeyinin belirlenmesi, elde edilen sonuçların hemşirelik bakımına yansıtılması amacıyla kesitsel olarak planlandı.

Tablo 6.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

	Cerrahi Tedavi Uygulanan (n=40)	Cerrahi Tedavi Uygulanmayan (n=40)	Toplam
	Ort±SD (En alt-En üst)	Ort±SD (En alt-En üst)	Ort±SD (En alt-En üst)
Yaş	51,38±8,07 (32-68)	50,78±11,07 (25-69)	51,08±9,63 (25-69)
Boy	168,58±7,77 (150-185)	165,45±7,89 (152-185)	167,01±7,94 (150-185)
Beden Ağırlığı	79,53±13,24 (50-115)	76,90±10,29 (58-100)	78,21±11,85 (50-115)
BKI	28,03±4,69 (19,5-40)	28,19±3,12 (21,2-34,6)	28,11±3,96 (19,5-40)

Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma; BKI: Beden Kitle İndeksi

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların yaşları 32 ile 68 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 51,38±8,07 yıl olarak belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların yaşları 25 ile 69 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 50,78±11,07 yıldır (Tablo 6.1).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların boy uzunlukları 150 ile 185 cm arasında değişmekte olup, ortalaması 168,58±7,77 cm. olarak belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların boy uzunlukları 152 ile 185 cm arasında değişmekte olup, ortalaması 165,45±7,89 cm.dir (Tablo 6.1).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların kilo ölçümleri 50 ile 115 kg arasında değişmekte olup, ortalaması 79,53±13,24 kg olarak belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların kilo ölçümleri 58 ile 100 kg arasında değişmekte olup, ortalaması 76,90±10,29 kg.dır (Tablo 6.1).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların BKI lmleri 19,5 ile 40 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalama 28,03±4,69 kg/m² olarak belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların BKI lmleri 21,2 ile 34,6 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalama 28,19±3,12 kg/m² olarak belirlendi (Tablo 6.1).



Tablo 6.2: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

		Cerrahi Tedavi Uygulanan (n=40)	Cerrahi Tedavi Uygulanmayan (n=40)	Toplam
		n%	n%	N%
Cinsiyet	Kadın	23(57,5)	31(77,5)	54(67,5)
	Erkek	17(42,5)	9(22,5)	26(32,5)
Medeni Durum	Bekar	2(5,0)	4(10,0)	6(7,5)
	Evli	38(95,0)	36(90,0)	74(92,5)
Eğitim Durumu	Yok	2(5,0)	0(0,0)	2 (2,5)
	Okur- Yazar	12(30,0)	6(15,0)	18(22,5)
	İlk-Orta Okul	16(40,0)	17(42,5)	33(41,3)
	Lise	4(10,0)	10(25,0)	14(17,5)
	Üniversite	6(15,0)	7(17,5)	13(16,3)
Sağlık Güvencesi	Var	40(100)	40(100)	80(100)
	Yok	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Meslek	Ev Hanımı	20(50)	17(42,5)	37(46,25)
	İşçi	10(25)	7(17,5)	17(21,25)
	Esnaf	8(20)	8 (20)	16(20)
	Memur	2(5)	8(20)	10(12,5)
Sigara Kullanımı		12(30,0)	12(30,0)	24(30,0)
Alkol Kullanımı		4(10,0)	2(5,0)	6(7,5)

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %57,5'inin (n=23) kadın, %42,5'inin (n=17) erkek, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %77,5'inin (n=31) kadın, %22,5'inin (n=9) erkek olduğu belirlendi (Tablo 6.2).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %5'inin (n=2) medeni durumunun bekar ve %95'inin (n=38) evli olduğu belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %90'nın (n=36) medeni durumunun evli, %10'unun (n=4) bekar olduğu belirlendi (Tablo 6.2).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %5'inin (n=2) eğitimsiz, %30'unun (n=12) okur-yazar, %40'inin (n=16) ilk-ortaokul mezunu, %10'unun (n=4) lise ve %15'inin (n=6) niversite mezunu olduğu belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %15'inin (n=6) okur-yazar, %42,5'inin (n=17) ilk-ortaokul, %25'inin (n=10) lise ve %17,5'inin (n=7) niversite mezunu olduğu belirlendi (Tablo 6.2).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %100'ünün sosyal güvenlik kurumlarından sağlık güvencesine sahip olduğu belirlendi. (Tablo 6.2).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların mesleki durumunun %50'sinin (n=20) ev hanımı, %25'inin (n=10) işçi, %20'sinin (n=8) esnaf ve %5'inin (n=2) memur olduğu belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların mesleki durumunun %42,5'inin (n=17) ev hanımı, %17,5'inin (n=7) işçi, %20'sinin (n=8) esnaf ve %20'sinin (n=8) memur olduğu belirlendi (Tablo 6.2).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %30'unun (n=12) sigara kullandığı belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların da %30'unun (n=12) sigara kullandığı belirlendi. Aynı şekilde cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %10'unun (n=4) alkol kullandığı belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %5'inin (n=2) alkol kullandığı belirlendi (Tablo 6.2).

Tablo 6.3: Hastalığa İlişkin Değişkenlerin Dağılımı

		Cerrahi Tedavi Uygulanan (n=40)	Cerrahi Tedavi Uygulanmayan (n=40)	Toplam
		Ort±SD (En alt-En üst)	Ort±SD (En alt-En üst)	Ort±SD (En alt-En üst)
Tedavi Süresi		497,13±738,92 (0-3650)	78,63±108,75 (0-365)	287,88±565,44 (0-3650)
Yakınma Süresi		687,63±718,67 (90-3650)	628,50±711,19 (30-3650)	658,06±711,02 (30-3650)
		n(%)	n(%)	N(%)
Lokal Hastalık	Yok	36(90,0)	38(95,0)	74(92,5)
	Fleksör Retinalkülüm Kalınlaşması	0(0,0)	1(2,5)	1(1,3)
	Romatoid artrit	1(2,5)	1(2,5)	2(2,5)
	Osteoartrit	2(5,0)	0(0)	2(2,5)
	Neoplazm	1(2,5)	0(0)	1(1,3)
Sistemik Hastalık	Yok	33(82,5)	32(80,0)	65(81,3)
	Var	7(17,5)	8(20,0)	15(18,8)
	Diyabet	7(17,5)	8(20,0)	15(18,8)
Cerrahi Girişim Öyküsü	Yok	34(85,0)	34(85,0)	68(85,0)
	Var	6(15,0)	6(15,0)	12(15,0)
Kullanılan El	Sağ	36(90,0)	37(92,5)	73(91,3)
	Sol	4(10,0)	3(7,5)	7(8,8)

Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma

Cerrahi tedavi uygulanan KTS'li hastaların tedavi süreleri 0 ile 3650 gün arasında değişmekte olup, ortalaması 497,13±738,92 gün olarak belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların tedavi süreleri 0 ile

365 gün arasında değişmekte olup, ortalaması $78,63 \pm 108,75$ gün olarak belirlendi (Tablo 6.3).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların yakınma süreleri 90 ile 3650 gün arasında değişmekte olup, ortalaması $687,63 \pm 718,67$ gün olarak belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların yakınma süreleri 30 ile 3650 gün arasında değişmekte olup, ortalaması $628,50 \pm 711,19$ gün olarak belirlendi (Tablo 6.3).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %90,0'ında (n=36) lokal hastalık varlığı saptanmazken, %2,5'inde (n=1) Romatoid artrit, %5,0'inde (n=2) osteoartrit ve %2,5'inde (n=1) neoplazm varlığı belirlendi. Cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %95,0'inde lokal hastalık saptanmazken, %2,5'inde (n=1) fleksör retinakulum kalınlaşması ve %2,5'inde (n=1) romatoid artrit varlığı belirlendi (Tablo 6.3).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %17,5'inde (n=7) sistemik hastalık olarak diyabet varlığı gözlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %20'sinde (n=8) sistemik hastalık olarak diyabet varlığı belirlendi (Tablo 6.3).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %15'inde (n=6) ameliyat öyküsü olduğu belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %15'inde (n=6) ameliyat öyküsü olduğu belirlendi (Tablo 6.3).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %90'ı (n=36) sağ elini, %10'u (n=4) sol elini aktif olarak kullandığını belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %92,5'i (n=37) sağ elini, %7,5'i (n=3) sol elini aktif olarak kullandığını belirlendi (Tablo 6.3).

Tablo 6.4: Hastalığa İlişkin Değişkenlerin Dağılımı

		Cerrahi Tedavi Uygulanan (n=40)	Cerrahi Tedavi Uygulanmayan (n=40)	Toplam
		n(%)	n(%)	N(%)
Kullanılan İlaçlar	NSAID	16(40,0)	8(20,0)	24(30,0)
	Kortikosteroidler	2(5,0)	3(7,5)	5(6,3)
	Antidepresanlar	1(2,5)	11(27,5)	12(15,0)
Yakınmalar	Uyuşma Hissi	40(100,0)	40(100,0)	80(100,0)
	Karıncaalanma	40(100,0)	40(100,0)	80(100,0)
	Şişlik	6(15,0)	4(10,0)	10(12,5)
	Başparmakta Güç Kaybı	16(40,0)	14(35,0)	30(37,5)
	Bilekten Kola Uzanan Ani ve Keskin Ağrı	40(100,0)	40(100,0)	80(100,0)
	Parmaklarda Yanma	40(100,0)	40(100,0)	80(100,0)
	Kaşınma	15(37,5)	19(47,5)	34(42,5)
	El Bileğinde Kemik Çıkıntısı	40(100,0)	40(100,0)	80(100,0)
	E, B1, B6, B12 Eksikliği	11(27,5)	9(22,5)	20(25,0)
	El ve Bilek Ağrısı ile Uyanma	13(32,5)	9(22,5)	22(27,5)
Günlük Yaşam Şeklinde Değişiklik Durumu	Hiç	0(0,0)	1(2,5)	1(1,3)
	Biraz	28(70,0)	6(15,0)	34(42,5)
	Çok	12(30,0)	30(75,0)	42(52,5)
	Tamamıyla	0(0,0)	3 (7,5)	3(3,8)

Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma; NSAID: Non-steroidal antiinflatuvar ilaç

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %40'ı (n=16) NSAID ilaçlar kullanırken, %5'i (n=2) kortikosteroidler ve %2,5'inin (n=1) antidepresan ilaç kullandığı belirlenirken, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %20'si (n=8) NSAID ilaçlar, %7,5'i (n=3) kortikosteroidler ve %27,5'i (n=11) antidepresan ilaç kullandığını belirlendi (Tablo 6.4).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %100'ünde (n=40) parmaklarda uyuşma hissi, karıncalanma, bilekten kola uzanan ani ve keskin ağrı, parmaklarda yanma ve el bileğinde kemik çıkıntısı gözlenirken, %15'inde (n=6) şişlik, %40'ında (n=16) başparmakta güç kaybı, %37,5'inde (n=15) kaşınma, %27,5'inde (n=11) E, B1, B6, B12 vitamin eksikliği ve %32,5'inde (n=13) el ve bilek ağrısı ile uyanma gözlendi (Tablo 6.4).

Cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %100'ünde (n=40) parmaklarda uyuşma hissi, karıncalanma, bilekten kola uzanan ani ve keskin ağrı, parmaklarda yanma ve el bileğinde kemik çıkıntısı gözlenirken, %10'unda (n=4) şişlik, %35'inde (n=14) başparmakta güç kaybı, %47,5'inde (n=19) kaşınma, %22,5'inde (n=9) E, B1, B6, B12 vitamin eksikliği ve %22,5'inde (n=9) el ve bilek ağrısı ile uyanma olduğu belirlendi (Tablo 6.4).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %70'inde (n=28) günlük yaşam şeklinde değişiklik durumunun biraz olduğu belirlenirken, %30'unda (n=12) değişiklik durumunun çok olduğunu belirlendi. Cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %2,5'i (n=1) günlük yaşam şeklinde hiç değişiklik olmadığı belirlenirken, %15'i (n=6) biraz, %75'i (n=30) ok ve %7,5'i (n=3) tamamıyla değişiklik olduğu belirlendi (Tablo 6.4).

Tablo 6.5: Hastalığa İlişkin Değişkenlerin Dağılımı

		Cerrahi Tedavi Uygulanan (n=40)	Cerrahi Tedavi Uygulanmayan (n=40)	Toplam
		n(%)	n(%)	N(%)
Cerrahi Uygulanan El	Sağ	20(50,0)	0(0,0)	20(50,0)
	Sol	14(35,0)	0(0,0)	14(35,0)
	Bilateral	6(15,0)	0(0,0)	6(15,0)
Mesleki İşlevsellikte Bozulma Düzeyi	Hiç	0(0,0)	4(10,5)	4(5,1)
	Biraz	29(72,5)	7(18,4)	36(46,2)
	Çok	11(27,5)	24(63,2)	35(44,9)
	Tamamıyla	0(0,0)	3(7,9)	3(3,8)
Cerrahiyle Giderinde Artış	Sağlık	2(5,0)	0(0,0)	2(5,0)

Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %50'sinin (n=20) ameliyat olan elinin sağ el, %35'inin (n=14) sol el ve %15'inin (n=6) bilateral olduğu belirlendi (Tablo 6.5).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %72,5'i (n=29) mesleki işlevsellikte bozulma düzeyinin biraz olduğu belirlenirken, %27,5'inde (n=11) bozulma düzeyinin çok olduğu belirlendi. Cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %10,5'inin (n=4) mesleki işlevselliğinde hiç bozulma olmadığı belirlenirken, %18,4'ünde (n=7) biraz bozulma olduğu, %63,2'sinde (n=24) çok bozulma olduğu ve %7,9'unda (n=3) tamamıyla bozulma olduğu belirlendi (Tablo 6.5).

Cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %5'inde (n=2) ameliyatla birlikte sağlık harcamalarında artış olduğu belirlendi (Tablo 6.5).

Tablo 6.6: Hastaların Cerrahi Girişim Uygulanması Durumuna Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

		Cerrahi Tedavi Uygulanan (n=40)	Cerrahi Tedavi Uygulanmayan (n=40)	Toplam (N=80)	<i>P</i>
Yaş	Ort±SD	51,38±8,07	50,78±11,07	51,08±9,63	^a 0,783
	En alt-En üst (orta)	32-68 (54,0)	25-69 (51,0)	25-69 (53,0)	
BKI	Ort±SD	28,03±4,69	28,19±3,12	28,11±3,96	^a 0,862
	En alt-En üst (orta)	19,5-40 (27,50)	21,2-34,6 (28,55)	19,5-40 (27,85)	
		n(%)	n(%)	N(%)	
Cinsiyet	Kadın	23(57,5)	31(77,5)	54(67,5)	^b 0,095
	Erkek	17(42,5)	9(22,5)	26(32,5)	

^aStudent-t Test; ^bYates Continuity Correction Test; SD: Standart sapma; Ort: Aritmetik ortalama; BKI: Beden Kitle İndeksi

Cerrahi girişim uygulanması durumuna göre hastaların yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6.6).

Cerrahi girişim uygulanması durumuna göre hastaların BKI ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6.6).

Cerrahi girişim uygulanması durumuna göre hastaların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6.6).

Tablo 6.7: Cerrahi Girişim Uygulanması Durumuna Göre Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları

		Cerrahi Tedavi Uygulanan (n=40)	Cerrahi Tedavi Uygulanmayan (n=40)	Toplam (N=80)	<i>p</i>
Sürekli	Ort±SD	43,85±9,62	40,63±8,36	42,24±9,10	^c 0,201
	En alt-En üst (orta)	31-71 (44,0)	24-61 (41,0)	24-71 (43,5)	

Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma; ^aStudent-t Test; ^cMann Whitney U Test;

Cerrahi girişim uygulanması durumuna göre hastaların sürekli anksiyete ölçeğinden aldığı puan ortalaması STAI-II:42,24±9,10 olup, her iki grupta puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, ($p>0,05$); hastaların sürekli anksiyete puan ortalamalarının ciddi düzeyde ve klinik açıdan önemli anksiyeteye işaret ettiği belirlendi (Tablo 6.7).

Tablo 6.8: Cerrahi Girişim Uygulanması Durumunun Kullanılan İlaçlar, Lokal ve Sistemik Hastalık Varlığı ile İlişkisi

		Cerrahi Tedavi Uygulanan (n=40)	Cerrahi Tedavi Uygulanmayan (n=40)	Toplam (N=80)	<i>p</i>
		n(%)	n(%)	N(%)	
Kullanılan İlaçlar	Analjezik (NSAID)	16(40,0)	8(20,0)	24(30,0)	^b 0,088
	Antidepresan	1(2,5)	11(27,5)	12(15,0)	^b 0,005**
Lokal Hastalık	Yok	36(90,0)	38(95,0)	74(92,5)	^d 0,675
	Var	4(10,0)	2(5,0)	6(7,5)	
Sistemik Hastalık	Yok	33(82,5)	32(80,0)	65(81,3)	^b 1,000
	Var	7 (17,5)	8 (20,0)	15 (18,8)	

^bYates Continuity Correction Test; ^dFisher's Exact Test; NSAID: Non-steroidal antiinflatuvar ilaç; ** $p < 0,01$

Cerrahi tedavi uygulanma durumuna göre hastalarda analjezik kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken ($p=0,088$; $p > 0,05$); Cerrahi tedavi uygulanan hastaların analjezik kullanım oranlarının, cerrahi tedavi uygulanmayanlara oranla daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6.8).

Cerrahi tedavi uygulanan hastalarda antidepresan kullanım oranının, cerrahi tedavi uygulanmayan hastalara oranla daha düşük olduğu ve her iki grup arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p=0,005$; $p < 0,01$) (Tablo 6.8).

Cerrahi tedavi uygulanma durumuna göre hastalarda lokal hastalık gözlenme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 6.8).

Cerrahi tedavi uygulanma durumuna göre hastalarda sistemik hastalık gözlenme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 6.8).

Tablo 6.9: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları

		<u>Sürekli Anksiyete</u>	
		R	p
Yaş		-0,101	0,372
BKI		0,079	0,486
		Ort±SD	p
Cinsiyet	Kadın	42,81±9,97	^a 0,417
	Erkek	41,04±6,94	
Eğitim	Düşük eğitim düzeyi	44,37±8,98	^a 0,003**
	Yüksek eğitim düzeyi	38,04±7,89	
Sağlık Güvencesi	Emekli Sandığı	40,96±12,10	^e 0,232
	SSK	44,20±8,04	
	Bağ-Kur	40,40±5,53	
Sigara	Evet	41,08±11,59	^a 0,461
	Hayır	42,73±7,86	
Aktif El	Sağ: (medyan)	42,12±9,40 (43)	^e 0,675
	Sol: (medyan)	43,43±5,19 (44)	

Düşük eğitim: Ortaokul ve altı

Yüksek eğitim: Lise ve üzeri

^aStudent-t Test

^eOneway Anova test

r: Pearson korelasyon katsayısı

^eMann Whitney U test

****p<0,01**

Hastaların yaşları ile STAI sürekli anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($r=-0,101$; $p=0,372$) (Tablo 6.9).

Hastaların BKI düzeyleri ile STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6.9).

Kadın ve erkek hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6.9).

Eğitim durumuna göre hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalaması karşılaştırıldığında, düşük eğitimi olan hasta bireylerin sürekli anksiyetesinin, yüksek eğitimi olanlara göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,01$) (Tablo 6.9).

Sağlık güvencelerine göre hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 6.9).

Sigara kullanımına göre hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 6.9).

Aktif el durumuna göre hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 6.9).

Tablo 6.10: Lokal ve Sistemik Hastalık Varlığı ile Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sürekli Anksiyete	
		Ort±SD (medyan)	<i>p</i>
Lokal Hastalık	Yok	42,24±9,31 (43,5)	^c 0,711
	Var	42,17±6,36 (43)	
Sistemik Hastalık	Yok	42,55±9,43 (43)	^c 0,785
	Var	40,87±7,57 (44)	

^cMann Whitney U Test

Lokal hastalık durumuna göre hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6.10).

Sistemik hastalık durumuna göre hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6.10).

Tablo 6.11: Karpal Tünel Sendromu Süresi, Günlük Yaşam Aktivitesi Ve Mesleki İşlevsellikte Bozulma Düzeylerinin STAI Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi

	Sürekli Anksiyete	
	R	p
Karpal tünel sendromu tedavisi süresi	0,174	0,123
Günlük yaşam şeklinde değişiklik durumu	-0,056	0,624
Mesleki işlevsellikte bozulma durumu	-0,102	0,375

r:Spearman's korelasyon katsayısı **p*<0,05

Karpal tünel sendromu tedavi süresi ile STAI sürekli anksiyete puan ortalaması arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Günlük yaşam şeklinde değişiklik durumu ile STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Mesleki işlevsellikte bozulma durumu ile STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

7. TARTIŞMA

Araştırma, Karpal Tünel Sendromlu hastalarda sürekli anksiyete düzeyinin belirlenmesi, elde edilen sonuçların hemşirelik bakımına yansıtılması amacıyla kesitsel olarak planlandı ve uygulandı.

Periferik sinir sistemi hastalıkları, kaybın derecesine bağlı olarak bireylerin fizyolojik olduğu kadar, ruhsal durumlarında da değişime neden olmaktadır. Deneyimlenen anksiyete uzun süreli konforu ve bakımın kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir (13). Cerrahi girişim sonrası erken dönemde ağrı ve parestezi azalır. Karpal Tünel Sendromu gibi kas iskelet sistemi hastalıklarının tıbbi tedavi sürecinde kullanılan ilaçların da anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara neden olabildiği (14) ve bu nedenle cerrahi girişime alınan hasta bireylerin daha kısa sürede işlerine geri döndükleri literatürde bildirilmektedir (13).

Karpal Tünel Sendromlu hastalarda ağrının giderilmesi, işlevselliğin korunması ve hatta iyileştirilmesi, tedavi edici uygulamalar konusunda hastaların bilgilendirilmesi, cerrahi tedavi uygulanacak hastalarda işlem öncesi ve sonrası dönemde yapılacak bilgilendirme ve tıbbi uygulamalar ile hastalarda klinik iyileşmenin artırılması mümkündür. Tüm bu uygulamalarda nöroşirürji hemşireliğinin önemi ve rolü büyüktür (13).

Hemşirelik girişimlerinin ve bakım planlarının etkin uygulanması ile hastalarda olumlu klinik yanıtlar elde edilmesi ve bunun sonucunda hastalarda ortaya çıkabilecek anksiyete, depresyon gibi psikolojik problemlerin azaltılması ve hatta tamamen ortadan kaldırılması hedeflenmektedir (103).

Dyer ve ark. (2010) çalışmasında; Karpal Tünel Sendromu tanısı konulmuş olan 116 hastada, cerrahi tedavi ve non-cerrahi tedavi modalitelerinin etkinliği karşılaştırılmış, hastaların 3.-6. ve 12. aylar içerisindeki ağrı şiddeti, işlevsellikleri ve sağlıklı yaşam durumları 11 maddelik semptom şiddeti ölçeği ile değerlendirilmiş, belirgin düzeyde iyileşme olduğu ve cerrahi işlem uygulanan grupta puanların, cerrahi tedavi uygulanmayan gruba oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (103).

Karpal Tünel Sendromu tanısı konulmuş hastalarda, gerek cerrahi tedavi sonrası izlemde cerrahi işlemin başarısına yönelik olarak, gerek tıbbi tedavilerin izlemi ve fizik tedavi yöntemlerinin uygulanması ve izleminin, hastaların önerilen tedavi yöntemlerine uyum ve katılımının sağlanmasında ve bilgilendirilmesinde gereksinilen psikososyal yaklaşım açısından hemşirelik bakımının önemi büyüktür. Etkin biçimde uygulanan hemşirelik bakımının hastaların tedavi sürecine olumlu katkı sağlayacağı bilinmektedir

Literatürde, Karpal Tünel Sendromunda hemşirelik girişimlerinin ve cerrahi girişim uygulanmasının anksiyete gibi psikolojik sorunlar üzerine etkisini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır.

Kızılcık Özkan ve ark. (2016) çalışmasında hastaların çoğunluğunun kadın (%74.7) ve ortalama yaşın 52.94 ± 9.4 olduğu bildirilmektedir. Aygül 2004; Açıköz 2000; Bagatur 2006 çalışmalarında karpal tünel sendromunun kadınlarda ve 40 yaş üzerinde daha fazla gözlendiğini bildirmektedir (114). Hafız'ın (2010) çalışmasında da KTS'li hastaların yaş ortalamasının 51.9 ± 7.69 ve %90'ının kadın olduğu saptanmıştır (114). Atroshi ve ark. (1999) çalışmasında yaş ortalamasının 47 olduğu, hastaların 25-74 yaş grubunda olduğu, Tekeoğlu ve ark. (2008) çalışmasında ise yaş ortalamasının 45 yıl ve hastaların 32-58 yaş grubunda olduğu, Umay ve ark. (2011) çalışmasında yaş ortalamasının 52 yıl ve hastaların 40-63 yaş arasında olduğu izlenmektedir (9,93,94). Çalışmada, cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların yaşlarının 32 ile 68 yıl arasında değişmekte olup, ortalamasının $51,38 \pm 8,07$ yıl olduğu, cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların yaşlarının 25 ile 69 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortalamasının $50,78 \pm 11,07$ yıl olduğu ve elde edilen bu sonucun, yapılan çalışmalar ile benzerlik gösterdiği izlenmektedir (Tablo 6.1, Tablo 6.6).

Umay ve ark. (2011) çalışmasında hastaların BKİ'nin 27,2-37,4 arasında ve ortanca değerinin 32,3 olduğu izlenmektedir (94). Çalışmada BKİ 19,5-40 arasında olup, ortanca değer 28,11dir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş sınıflamaya göre BKİ;

- 18.5 altında ise az kilolu,

- 18.5 - 24.9 ise normal Kilo,
- 25.0 - 29.9 ise fazla Kilo,
- 30.0 - 39.9 ise Obez,
- 40.5 'in üzeri ise Morbid (ciddi) ve
- 50 ve üstü ise Süper obez olduğu bildirilmektedir (104).

Çalışmada, hastaların BKİ'nin ortanca değerinin 28,11 olması fazla kilolu olduklarını göstermektedir. Literatürde yer alan çalışmalarla benzer şekilde, bu çalışmada Karpal Tünel Sendromunun ve anksiyete görülme oranının fazla kilolu hastalarda daha yüksek olduğu bulunmuş, obezitenin bir risk faktörü olarak tanımlama sırasında izlenmesi gereken önemli bir değişken olduğu düşünülmüştür (Tablo 6.1, Tablo 6.6).

Tekeoğlu ve ark. (2008) çalışmasında hastaların %86,9'u kadın, %13,1'i erkek olup, Umay ve ark. (2011) çalışmasında hastaların %86,2'si kadın, %13,8'i erkektir, Gül ve ark. (2008) çalışmasında da hastaların %88,7'sinin kadın, %11,3'ünün erkek olduğu izlenmektedir (8,93,94). Çalışmaya katılan hastaların ise %67,5'i kadın %32,5'i erkektir. Çalışmada; kadın hasta oranının, erkek hasta oranına göre daha yüksek olduğu ve literatür ile paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Elde edilen sonuçlar, literatürde yer alan çalışmalarla benzer şekilde Karpal Tünel Sendromunun kadın cinsiyette daha sık görüldüğünü desteklemektedir (Tablo 6.2, Tablo 6.6).

Gül ve ark. (2008) çalışmasında hastaların %95,2'sinin, Umay ve ark. (2011) çalışmasında hastaların %98,3'ünün evli olduğu bildirilmektedir (8,94). Çalışmada hastaların, medeni durumuna ilişkin olarak, literatürde yer alan çalışmalar ile benzer şekilde hastaların %92,5'i evli bireylerde sık görülmesi evli olmanın günlük yaşam şeklini etkileyerek Karpal Tünel Sendromu riskini arttırdığını ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi açısından önemli bir bulgu olduğunu düşündürmektedir (Tablo 6.2).

Umay ve ark. (2011) çalışmasında; hastaların %28,6'sının okur yazar olmadığı, %59,4'ünün ilköğretim, %11,1'inin ortaöğretim, %0,9'unun üniversite mezunu olduğu, Gül ve ark. (2008) yapmış olduğu çalışmada; hastaların %22,4'ü eğitimsiz, %54,9'u ilk-ortaokul mezunu, %16,1'i lise ve %4,8'inin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Kızılcık ve ark. (2016) yapmış olduğu çalışmada; hastaların %75,8'inin

ilköğretim mezunu, %29,2'sinin lise mezunu ve %5,1'inin üniversite mezunu olduğu görülmüştür (8,94,114). Çalışmaya katılan hastaların, %2,5'i eğitimsiz, %22,5'i okur-yazar, %41,3'ü ilk-ortaokul mezunu, %17,5'i lise ve %16,3'ü üniversite mezunu olduğu ve literatürde yer alan çalışmalarla benzer sonuçlar barındırdığı, eğitim düzeyinin düşüklüğünün; sosyoekonomik durumun farklılıklarından kaynaklı yaşam şekli ile KTS görülme sıklığını arttırmış olabileceği ve hastaların cerrahisini algılamasının, hastanın hastalığa ilişkin hemşirelik bakım ve eğitimine uyum sağlamasının ve anksiyetenin hastanın özelliklerinden etkilenebileceğini düşündürmektedir (Tablo 6.2).

Çalışmaya katılan hastaların tamamının SGK'na bağlı şekilde sağlık güvencesi olması, homojenite açısından önemlidir. Sağlık güvencesinin cerrahi girişimin uygulanabilir olması ve olası anksiyete düzeyleri açısından olumsuz bir faktör olmayacağı düşünülmüştür (Tablo 6.2).

Tekeoğlu ve ark. (2008) çalışmasında hastaların %79,8'i ev hanımı ve %20,2'sinin diğer gruplardan olduğu, Umay ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %79,1'inin ev hanımı, %20,9'unun ise diğer gruplardan olduğu görülmektedir (93,94). Çalışmaya katılan hastaların, %46,25'i ev hanımı, %21,25'i işçi, %20'si esnaf ve %12,5'i memur olarak görev yapmakta olduğu ve literatürde yer alan diğer çalışmalara oranla ev hanımlarının oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak çalışma yapılan grup içinde Karpal Tünel Sendromu görülme sıklığının diğer meslek gruplarına oranla ev hanımlarında daha sık rastlandığı görülmektedir. Bu sonuç ev hanımlarının rutinde yapmış olduğu ev işlerinin ve el işi gibi çeşitli fiziksel aktivitelerin KTS gelişiminde katkısı olduğunu düşündürmektedir (Tablo 6.2).

Nathan ve ark. (1996) çalışmasında tütün ve alkol kullanımının KTS riskini %5 düzeyinde arttırdığını göstermektedir. Gomes ve ark. (2004) 1039 KTS'lu hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada alkol kullanım sıklığı %14,9 olarak saptanmıştır. Kolkesen ve ark. (2014) çalışmasında ise erken ve geç dönemde yara iyileşmesinde gecikmenin ve yara dehissensi insidansının sigara içenlerde içmeyenlere göre 2 kat yüksek olduğu vurgulanmıştır. Sigarayı bırakmış hastalar ile sigara kullanımına devam eden hastalarda yara iyileşmesinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, cerrahi işlem

sonrası yara iyileşmesinde komplikasyon insidansı 1,3 kat fazla bulunduğu kaydedilmiştir (95,96,115). Çalışmaya katılan hastaların, %30'unda sigara kullanım öyküsü, %7,5'inde alkol kullanım öyküsü olduğu ve cerrahi uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Literatürde KTS ile tütün ve alkolün pozitif birlikteliği ilişkisini gösteren; Nathan ve ark. (1996), Gomes ve ark. (2004), Kolkesen ve ark. (2014) yapmış olduğu sınırlı sayıda çalışma bulunmasına karşın (95,96,115), cerrahi uygulanma sıklığına/oranına etkisi üzerine çalışma bulunmamakta olup, yalnızca cerrahi işlemler sonrasında dokuların iyileşmesi üzerindeki etkileri göz önünde bulundurularak, çalışmamızda alkol ve sigaranın cerrahi girişim geçirilmesi durumunu belirleyici bir faktör olmadığı ve literatürü desteklemediği anlaşılmıştır (Tablo 6.2).

Arğalı (2012) çalışmasında hastaların %95'i (n=38) sağ elini, %5'i (n=2) sol elini aktif olarak kullanmakta oldukları görülmektedir (97). Çalışmada %91,3'ü (n=73) sağ elini, %8,7'si (n=7) sol elini aktif olarak kullanmaktadır. Cerrahi uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması, KTS hastalarının aktif kullanmakta oldukları elin daha önce ve daha şiddetli olarak tutulduğunu göstermekte ve literatürdeki çalışmaları desteklemektedir. (Tablo 6.5).

Tanık ve ark. (2014) 350 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada ortalama süresi 3yıl, Tekeoğlu ve ark. (2008) yaptığı bir çalışmada ise semptomların ortalama süresi 2.2 yıl olduğu görülmektedir (93,98). Çalışmaya katılan hastaların semptomlarının ortalama süresi 1.8 yıl olduğu görülmektedir. Bu durum bu çalışmada da literatürdeki çalışmalara benzer şekilde, hastaların semptomların başlangıcından itibaren uzun zaman sonra sağlık kurumlarına başvuru yaptığını göstermektedir. Hastaların anksiyetesinin ciddi düzeyde ve klinik açıdan önemli olduğu, buna karşın KTS ve anksiyete ilişkisi konusundaki farkındalığın düşük olduğu izlenimi uyanmaktadır (Tablo 6.3).

Tekeoğlu ve ark. (2008) 84 KTS'li hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada hastaların %76'sında (n=64) ek hastalık öyküsünün olmadığı, %8'inde Reynaud Fenomeni ve %7'sinde Diabetes Mellitus olduğu görülmektedir. Tanık ve ark. (2014)

350 KTS'lu hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada hastaların %61,1'inde (241) ek hastalık öyküsünün olmadığı görülürken, %26,9'unda (n=94) Diabetes Mellitus olduğu görülmektedir. Becker ve ark. (2002) yapmış olduğu bir çalışmada Diabetes Mellitus ve KTS yakın ilişkisi gösterilmiştir (93,98,99). Çalışmaya katılan hastaların, eşlik eden sistemik hastalık değerlendirmesinde; hastaların %81,3'ünde (n=65) ek hastalık öyküsü görülmemekte ancak %18,8'inde (n=15) en sık Diabetes Mellitus görülmektedir. Literatür ile benzer sonuçlar elde ettiğimiz çalışmada hastaların büyük çoğunluğunda ek hastalık öyküsünün bulunmadığı ve en sık eşlik eden hastalığın Diabetes Mellitus olduğu ortaya konmuştur (Tablo 6.3).

Karpal Tünel Sendromu ile psikolojik bozukluklar, özellikle depresyon ve anksiyete arasında önemli bir ilişki vardır. Kronik muskuloskeletal ağrısı olan işçilerde yapılan bir araştırmada, hastaların %17,8'i Anksiyete Bozukluğu için, DSM-4'e göre son tanı kriterlerini karşılamaktaydı (8). Tekeoğlu ve ark. (2008) çalışmasında KTS'li hastaların depresyon, anksiyete düzeyleri kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu, Gül ve ark. (2008) çalışmasında, Karpal Tünel Sendromlu hastalara Beck Anksiyete Envanteri ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulanmış ve hastalarda hem Beck Anksiyete Envanteri Puanları, hem de Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ; Somatik Anksiyete puanları ve Psikik Anksiyete puanlarının yüksek olduğu görülmektedir (8,93). Pogorzelski ve ark. (2011) çalışmasında ise KTS hastalarında, anksiyete ve depresyon ile ilişkili olarak kontrol grubu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, ancak elde hissizlik, güçsüzlük, tenar atrofi ve ağrı yakınması olan KTS hastalarında depresyon ve anksiyete ile ilişki olduğu bildirilmektedir (100). Çalışmada depresyon ve anksiyete varlığı açısından, cerrahi tedavi uygulanan ve uygulanmayan olarak her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı, hastaların sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan depresyon/anksiyete ve Karpal Tünel Sendromu ilişkisini değerlendirmek amaçlı yapılan çalışmalar mevcut olmasına karşın (8,93,100), Karpal Tünel Sendromunda antidepresan ilaçlar, analjezik/nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar ve kortikosteroid ilaç kullanım sıklığı açısından yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Banta ve ark. (1994) yapmış olduğu prospektif non-randomize bir çalışmada analjezik-nonsteroidal antienflamatuvar ilaç ve beraberinde oral deksametazon kullanımının, karpal tünele yönelik deksametazon enjeksiyonu ile karşılaştırıldığında, kıyaslanabilir ölçüde yararlı sonuçlar elde edildiği vurgulanmaktadır. Hafif düzeyde KTS'una sahip 23 hastanın 6 aylık izleminde, 23 hastanın 4'ünde (%17) el ateli ve analjezik-nonsteroidal antienflamatuvar ilaç tedavisinin faydalı etkisinin olduğu bildirilmektedir. Kaplan ve ark. (1990) çalışmasında NSAİD kullanımının semptomatik ve terapotik açıdan yararlı olduğu ifade edilmektedir. Harter ve ark. (1993) tarafından 188 KTS' lu hasta üzerinde yapılan çalışmada analjezik-nonsteroidal antienflamatuvar ilaçlar, B6 vitamini ve lokal steroid enjeksiyonlarının tatmin edici sonuçlar ortaya koyduğu vurgulanmaktadır. Gomes ve ark. (2004) 1039 KTS'lu hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada analjezik-nonsteroidal antienflamatuvar ilaç kullanım sıklığı %12,9 kaydedilmektedir (5,43,44,96). Çalışmada 80 KTS'lu hastanın %30'unda (n=24) analjezik-nonsteroidal antienflamatuvar ilaç kullanımı olduğu görülmekte ve cerrahi tedavi uygulanan ve uygulanmayan hastaların analjezik-nonsteroidal antienflamatuvar ilaç kullanımı açısından yapılan karşılaştırmada, cerrahi uygulanan grupta analjezik-nonsteroidal antienflamatuvar ilaç kullanımının cerrahi uygulanmayan gruba göre daha yüksek olduğu, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Bu durum, KTS'lu hastalarda ağrısı nedeniyle analjezik-nonsteroidal antienflamatuvar ilaç kullanımının beraberinde tedavi edici etkisinin olduğunu, ancak cerrahi uygulanmasının ağrıya yönelik iyileştirici etkisinin olmayabileceğini ve cerrahi sonrası dönemde analjezik tedavi kullanım ihtiyacı olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 6.4, Tablo 6.8).

Weiss ve ark. (1994) yapmış olduğu bir çalışmada; 50 kadın ve 7 erkekten oluşan, yaş ortalaması 38 olan 57 hastanın, 76 eline yapılan lokal steroid enjeksiyonu ve atel uygulamasının semptomlarda belirgin iyileşmeye yol açtığı kaydedilmektedir. Banta ve ark. (1994) yapmış olduğu prospektif non-randomize bir çalışmada analjezik-nonsteroidal antienflamatuvar ilaç ve beraberinde oral deksametazon kullanımının, karpal tünele yönelik deksametazon enjeksiyonu ile karşılaştırıldığında, kıyaslanabilir ölçüde yararlı sonuçlar elde edildiğini desteklemektedir (44,101). Çalışmada KTS'lu 80 hastanın %6,3'ünde (n=5) kortikosteroid kullanımı olduğu,

ancak cerrahi tedavi uygulanan ve uygulanmayan hastaların kortikosteroid ilaç kullanımını açısından her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Bu durum, literatürde kortikosteroid kullanımının yararlı etkilerinin gösterilmesine karşın, çalışmada anlamlı bir sonuca ulaşamamaktadır (Tablo 6.4, Tablo 6.8).

Literatürde, KTS-antidepresan ilaç kullanım ilişkisine yönelik olarak yeterli veri bulunmamaktadır. Yalnızca Hargreaves ve ark. (1995) bildirdiği; 33 yaşında bir kadın hastada Amilriptilin etken maddeli antidepresan ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan aşırı duyarlılık reaksiyonu ve bunun neden olduğu KTS'undan bahsedilmektedir (102). Çalışmada 80 hastanın %15'inde (n=12) antidepresan ilaç kullanımını saptanmış ve cerrahi tedavi uygulanan ve uygulanmayan hastaların açısından yapılan karşılaştırmada, cerrahi uygulanan grupta antidepresan ilaç kullanımının (n=1), cerrahi uygulanmayan gruba göre (n=11) istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ($p<0,01$). KTS'da anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bilinmekte olup, bu hastalarda antidepresan ilaç kullanım sıklığının da yüksek olması beklenebilecek bir klinik durumdur. Ancak cerrahi uygulanan grupta antidepresan ilaç kullanımının, cerrahi uygulanmayan gruba kıyasla daha düşük oluşu, bu hastaların cerrahiden yarar görmesi ile ilişkilendirilebilir düşüncesini oluşturmaktadır (Tablo 6.4, Tablo 6.8).

Tekeoğlu ve ark. (2008) yapmış olduğu bir çalışmada hastaların tümünde ağrı ve uyuşukluk yakınmalarının izlendiği kaydedilmektedir. Gül ve ark. (2008) çalışmasında ise hastaların sıklıkla, gece, etkilenmiş olan parmakların ve elin ağrı ve uyuşukluğuna bağlı olarak uyandıklarını belirtmektedir (8,93). Çalışmada hastaların tamamında ağrı-uyuşukluk yakınmaları izlenmekte olup, her iki grupta da benzer şekilde hastaların tümünde mevcut yakınmalar bulunmaktadır. Bu çalışmanın literatürde yer alan çalışmalar ile benzer nitelikte olduğu görülmekte olup KTS hastalarının yaşadıkları ağrı ve uyuşukluğun anksiyete ve depresyon sorunlarını, sağlıklı kişilere oranla daha fazla yaşayabileceğini düşündürmektedir (Tablo 6.4).

Cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %15'i biraz, %75'i çok ve %7,5'i günlük yaşam şeklinde tamamıyla değişiklik olduğunu belirtmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %98,7'si günlük yaşam şeklinde

değişiklik olduğunu belirtirken, cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %70'i günlük yaşam şeklinde değişiklik durumunun biraz, %30'u değişiklik durumunun çok olduğunu belirtmektedir. Literatürde benzer nitelikte bir çalışma bulunmamakla birlikte, bu durum cerrahi uygulanan hastalarda günlük yaşam şeklinde değişiklik durumunun 'biraz' şeklinde ağırlıkta olup, cerrahi uygulanmayan grupta ise 'çok' şeklinde ağırlıkta oluşu, cerrahi uygulamanın yararlı olduğunu, hemşirelik girişimlerinin ve bakım planlarının etkin uygulanması ile hastalarda olumlu klinik yanıtlar elde edildiğini düşündürmektedir (Tablo 6.4).

Çalışmaya katılan hastaların %94,9'u mesleki işlevsellikte bozulma durumu belirtirken, cerrahi tedavi uygulanan karpal tünel sendromlu hastaların %72,5'i mesleki işlevsellikte bozulma durumunu biraz, %27,5'i bozulma durumunu çok olarak belirtmektedir. Cerrahi tedavi uygulanmayan karpal tünel sendromlu hastaların %10,5'i mesleki işlevsellikte hiç bozulma olmadığını belirtirken, %18,4'ü biraz bozulma olduğunu, %63,2'si çok bozulma olduğunu ve %7,9'u tamamıyla bozulduğunu belirtmektedir. Literatürde benzer nitelikte bir çalışma bulunmamakla birlikte bu durum cerrahi uygulamanın yararlı olduğunu ve hemşirelik girişimlerinin ve bakım planlarının etkin uygulanması ile hastalarda olumlu klinik yanıtlar elde edildiğini düşündürmektedir (Tablo 6.5).

Gül ve ark. (2008) 62 KTS'li hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada, KTS ve anksiyete ilişkisini destekler nitelikte; "Beck Anksiyete Envanteri Puan ortalamalarının" (ortanca:24,24) ve "Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının" (somatik anksiyete ortanca:16,79 ve psişik anksiyete ortanca:9,04) yüksek olduğu görülmektedir. Tekeoğlu ve ark. (2008) 84 KTS'li hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada; Beck Anksiyete Ölçeği puanının (ortanca 45,79) kontrol grubunun puanına göre (ortanca 15,80) yüksek olduğu kaydedilmektedir. Aynı çalışmada Beck Depresyon Ölçeği puanının (ortanca 35,64) kontrol grubunun puanına göre (ortanca 15,80) yüksek olduğu kaydedilmektedir (p=0,0001). Pogorzelski R ve ark. (2011) 87 KTS'li hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada sürekli anksiyete ölçeği puanları yüksek olduğu görülmektedir (8,93,100).

Çalışmaya katılan hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalamasının ≥ 40 olması durumu, ciddi ve klinik açıdan önemli anksiyete düzeyi olarak

değerlendirildi. Çalışmaya katılan hastaların sürekli anksiyete ölçeği puan ortalaması 43,5' tir. Cerrahi tedavi uygulanan ve uygulanmayan hastaların sürekli anksiyete ölçeği değişkenliğinin her iki grupta da yüksek olduğu, ancak her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada, KTS'li hastalarda anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Ancak her iki grup arasında istatistiksel açıdan fark olmayışı değerlendirildiğinde; cerrahi uygulamanın anksiyete düzeyi üzerine etkisinin olmadığı gibi bir düşünce oluşturmakla birlikte, hastaların herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almadığının sorgulanmaması araştırmanın kısıtlılıklarındandır (Tablo 6.7).

Karaoğlu ve ark. (2009) çalışmasında hastaların STAI sürekli anksiyete düzeyi puan ortalaması genç yaş grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Taşdemir ve ark. (2013) çalışmasında yaş grupları ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası STAI farkları arasındaki ilişki incelenmiş, genç ve orta yaş grupları arasında anlamlı bir fark görülmezken, 50 yaş grubu üzerindeki hastaların anksiyete skorları farkı hem genç yaş, hem de orta yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (105,116). Bu çalışmada ise hastaların yaşları ile STAI sürekli anksiyete puan ortalaması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmada yaş ortalaması 51 olup, her yaş grubunun iletişim araçlarını daha yakından takip edebilmeleri ve sağlık alanında yaşanan olumsuz olaylardan haberdar olmalarının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir (Tablo 6.9).

Sanghamitra ve ark. (2011) yapmış olduğu bir çalışmada; BKI>25 ve BKI<25 olarak sınıflandırılan hastalar arasında STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, uygulanan tedavi prosedürü sonrasında BKI>25 olan hastalarda STAI sürekli anksiyete düzeyi puan ortalamasında %9.5 oranında azalma olduğu görülmüştür (106). Çalışmaya katılan hastaların, BKI düzeyleri ile STAI sürekli anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Çalışmaya katılan hastaların, BKI ile STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı gibi, BKI ortalaması her iki grupta 28 saptanmış ve cerrahi tedavi uygulanmasının STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları üzerine etki

yaratmadığı sonucuna varılmıştır. Bu durumun literatürde yeralan çalışmalarla uyumlu olmadığı görülmüştür (Tablo 6.9).

Turhan ve ark. (2012) yapmış olduğu bir çalışmada; farklı elektif cerrahi uygulamalar nedeniyle hastaneye yatırılan 120 hastanın, cerrahi öncesi ve sonrasındaki STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları değerlendirilmiş, ancak cerrahi sonrası yapılan değerlendirmede STAI sürekli anksiyete puan ortalamalarının benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Taşdemir ve ark. (2013) çalışmasında preoperatif değerlendirilen STAI skoru kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuş, aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (107, 116). Çalışma kadın ve erkek hastaların, STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasının cinsiyetin sürekli anksiyeteyi etkileyebilecek bir değişken olmadığını, ancak ileri çalışmalar yapılması gerektiğini düşündürmektedir (Tablo 6.9).

Talo Yıldırım ve ark. (2017) çalışmasında; yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalamalarının, düşük eğitim düzeyine sahip hastalara oranla, daha düşük olduğu kaydedilmektedir. Moerman ve ark. (1996) çalışmalarında preoperatif dönemdeki sıkıntıların büyük oranda bilgisizlikten kaynaklandığını bildirmektedir (108,116). Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre STAI sürekli anksiyete puan ortalaması, düşük eğitimlilerde yüksek eğitimlilere göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir ($p<0,01$). Bu sonuca göre yüksek eğitimin anksiyetenin azaltılmasında önemli bir değişken olduğu ve literatürü desteklediği izlenmektedir (Tablo 6.9).

Bostancı Daştan ve ark. (2015) çalışmasında, sağlık güvencesi olmayanların STAI sürekli anksiyete düzeyi puan ortalamalarının, sağlık güvencesine sahip diğer hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (109). Çalışmaya katılan hastaların tümünün sağlık güvencesi olmasına karşın, sağlık güvencelerine göre

Öztürk ve ark. (2000) çalışmasında sigara kullananlarda STAI sürekli anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu vurgulanmış, yine Alacacioğlu (2007) çalışmasında sigara kullanımına göre hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir

(110,111). Çalışmaya katılan hastaların, sigara kullanımına göre STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması ($p>0,05$) ek komorbid faktörlerin varlığının gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir (Tablo 6.9).

Erdem ve ark. (2011) sistemik hastalığı olanların preoperatif anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle, sistemik hastalığı olanlarda anksiyetenin klinik açıdan önemli ve gözden kaçırılmaması gereken bir durum olduğu sonucuna varılmıştır (112). Çalışmada, lokal ve sistemik hastalık durumuna göre STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Hastalık sürecinin, STAI sürekli anksiyete puan ortalamalarını yükselttiği, ancak cerrahi uygulamanın STAI sürekli anksiyete puan ortalamalarını istatistiksel anlam kazandıracak düzeyde etkilemediğini düşündürmektedir (Tablo 6.10).

Nesim ve ark. (2001) çalışmasında; hastaların, hastalık süresi bir yıldan az olanların, hastalık süresi bir yıldan fazla olanlara göre STAI sürekli anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (117). Çalışmaya katılan hastaların Karpal tünel sendromu tedavi süresi ile STAI sürekli anksiyete puan ortalaması arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç hastalığın gidişatının belirsizliği, getirdiği fonksiyonel bozukluk, ağrı ve hastalık nedeniyle gelişen sosyal izolasyonun kişide anksiyete gelişmesine neden olabileceğini düşündürmekle birlikte yakınma süresinin uzun olması ile ilişkili olmadığını düşündürmektedir (Tablo 6.11).

Literatürde günlük yaşam şeklinde değişiklik ve mesleki işlevsellikte bozulma ile STAI sürekli anksiyete ilişkisini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak depresyon ve anksiyetenin hastaların günlük yaşam şeklini ve mesleki işlevselliğini etkilediği bilinmektedir (113). Çalışmaya katılan hastaların, günlük yaşam durumunda değişiklik düzeyleri ve mesleki işlevsellikte bozulma düzeyleri ile STAI sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak bu durumun hastayı birçok aktiviteden zorunlu olarak uzaklaştırması, sosyal yaşamını olumsuz etkilemesi sebebiyle, günlük kişisel ihtiyaçlarını ve alışkanlıklarını yapmakta zorlandığı izlenimini vermektedir (Tablo 6.11).

8. SONUÇ

Bu çalışma; Aralık 2014 ile Eylül 2015 tarihleri arasında, Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi ve Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi Veri Bankasına ardışık ve prospektif olarak kaydedilmiş ve elektrofizyolojik yöntemlerle orta/ileri düzeyde Karpal Tünel Sendromu tanısı alan, cerrahi uygulanan 40 ve cerrahi tedavi uygulanmayan 40 hastanın sürekli anksiyete düzeyini belirlemek üzere planlandı ve uygulandı.

Karpal Tünel Sendromu cerrahisi uygulanan hastalarda, cerrahi tedavi uygulanmayan gruba göre tanıtıcı değerler, sosyokültürel durum, hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Her iki grupta STAI sürekli anksiyete ciddi düzeyde ve klinik açıdan önemli olup, gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Cerrahi tedavi uygulanmayan grupta antidepresan ilaç kullanım oranı, cerrahi tedavi uygulanan gruba oranla istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,01$).

Eğitim durumuna göre hastaların STAI sürekli anksiyete puan ortalaması karşılaştırıldığında, düşük eğitilmiş olan hasta bireylerin sürekli anksiyetesinin, yüksek eğitimlilere göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).

Karpal Tünel Sendromu cerrahisi uygulanan hastalarda da STAI sürekli anksiyete puan ortalamalarının “ciddi düzeyde ve klinik açıdan önemli” olması psikiyatrik değerlendirmenin önemini vurgular niteliktedir.

Öneriler

Karpal Tünel Sendromu anksiyete ile ilişkili bir durum olup, hemşirelik tanılması sürecinde cerrahi girişim geçiren ve geçirmeyen KTS’li bireylerin sürekli anksiyete düzeyi, eğitim düzeyi ve antidepresan ilaç kullanımını tanılanmalı, hasta bireyin cerrahi ya da non-cerrahi tedavi girişimlerine uyum sürecinin olumlu yönde hızlandırılabilmesine ilişkin psikososyal gereksinimler karşılanmalıdır. Cerrahi

girişim geçiren ya da geçirmeyen KTS'li bireylerin psikososyal gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin; hastaların STAI sürekli anksiyete düzeylerini azaltabileceği ile ilgili ileri çalışmalara yön verilmesi, böylece hastanın hastalığa uyumunun kolaylaştırılması ve günlük yaşamsal aktivitelere dönüşünün hızlandırılması bağlamında nöroşirurji hemşirelerinin etkin bir ekip çalışması çerçevesinde uyguladıkları bakımı, sürekli anksiyeteyi giderme yönündeki hemşirelik girişimleri ile güçlendirilmesi gereği önerilebilir.



9. KAYNAKLAR

1. Aksoy G, Kanan N, ve Akyolcu N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 2. Baskı, Eskişehir, Web-Ofset;143-161, 1998.
2. Ekiz S. Koroner Anjiyografi Öncesi Hastaları Bilgilendirilmenin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2003.
3. Bahar Qasimi T. Endoskopi İşlemi Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Anksiyete Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
4. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lmpe L, Page A. The Treatment of Anxiety Disorders, Cambridge University Press. [J Can Acad Child Adolesc Psychiatry](#). 2006 Feb; 15(1): 46–47, 2003.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, 7. Baskı, Williams-Wilkins, Baltimore, 1994.
6. Baldwin DS and Hirschfeld RMA. Fast Facts: Depression, 2nd edn. Health Press, Oxford,UK, 2005.
7. Hobby JL, Venkatesh R, Motkur P. The effect of psychological disturbance on symptoms, self-reported disability and surgical outcome in carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Br*. Feb;87(2):196-200, 2005.
8. Gül Aİ, Alp R, Özcan Ç, Palancı Y. Karpal Tünel Sendromu Ve Anksiyete İlişkisi Ve Bunun Uyku Bozuklukları Üzerine Etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*;5(3):16-20, 2008.
9. Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosen I. Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA*; 282: 153-8, 1999.

10. Ertekin C. Sentral ve Periferik EMG Anatomi-Fizyoloji-Klinik. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 403-427, 2006.
11. Stewart JD. Compression and entrapment neuropathies. In: Dyck PC, Thomas PK, eds. Peripheral Neuropathy. 3rd edition. Philadelphia. WB Saunders Company; 961-979, 1993.
12. Adams RD, Victor M, Ropper AH. Principles of Neurology. 6th edition. New York: McGraw Hill; 13582, 1997.
13. Öztekin SD. Karpal Tünel Sendromu. Nöroşirürji Hemşireliği. 1. Basım, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 151-153, 2015.
14. Zorlu S. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları ile İlgili Psikolojik Sorunlar. Erişim Tarihi: 07.11.2016, available at: www.tavsiyeeidiyorum.com/makale_14515.htm, 2015.
15. Krom MC, Knipschild PG, Kester AD, Thijs CT, Boekkooi PF, Spaans F. Carpal tunnel syndrome: prevalence in the general population. J Clin Epidemiol; 45: 373-6, 1992.
16. Franklin GM, Haug J, Heyer N, Checkoway H, Peck N. Occupational carpal tunnel syndrome in Washington State, 1984-1988. Am J Public Health; 81: 741-6, 1991.
17. Mondelli M, Giannini F, Giacchi M. Carpal tunnel syndrome incidence in a general population. Neurology; 58: 289-94, 2002.
18. Nordstrom DL, DeStefano F, Vierkant RA, Layde PM. Incidence of diagnosed carpal tunnel syndrome in a general population. Epidemiology; 9: 342-5, 1998.
19. Pfeffer GB, Gelberman RH, Boyes JH. The history of carpal tunnel syndrome. J Hand Surg Br; 13: 28-34, 1988.

20. Slater RR. Carpal Tunnel Syndrome Current Concepts. Erişim Tarihi: 20.09.2016, available at: <http://www.eatonhand.com/hw/ctsslater.htm>, 1999.
21. Werner RA, Andary M. Carpal tunnel syndrome: pathophysiology and clinical neurophysiology: review. *Clin Neurophysiol*; 113: 1373-81, 2002.
22. Homan MM, Franzblau A, Werner RA, Albers JW, Armstrong TJ, Bromberg MB. Agreement between symptom surveys, physical examination procedures and electrodiagnostic findings for the carpal tunnel syndrome. *Scand J Work Environ Health*; 25(2):115-124, 1999.
23. Jinrok A, Chunfeng Zhao A, Peter C, Amadio Kai-Nan An A, Mark E, Zobitz A, Lester EW. Vascular pathologic changes in the flexor tenosynovium (subsynovial connective tissue) in idiopathic carpal tunnel syndrome. *Journal of Orthopaedic Research* 22; 1310-1315, 2004.
24. Dahlin L, Sanden H, Dahlin E, Zimmerman M, Thomsen N, Björkman A. Low myelinated nerve-fibre density may lead to symptoms associated with nerve entrapment in vibration-induced neuropathy. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2014;9:7 DOI: 10.1186/1745-6673-9-7, 2014.
25. Tuncali D, Barutcu YA, Terzioglu A, Aslan G. Carpal Tunnel Syndrome: comparison intraoperative structural changes with clinical and electrodiagnostic severity. *British Journal of Plastic Surgery* 58, 1136-1142, 2005.
26. Oge K, Demirkazık FB, Nurlu G, Inci S, Erben A. Carpal Tunnel Cross Sectional Area Measurement In Carpal Tunnel Syndrome. *Turkish Neurosurgery* 4: 153 – 156, 1994.
27. Armstrong TJ, Buckle P, Fine LJ, Hagberg M, Jonsson B, Kilbom A, Kuorinka IA, Silverstein BA, Sjøgaard G, Viikari-Juntura ER. A conceptual model for work-related neck and upper-limb musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health*;19(2):73-84 doi:10.5271/sjweh.1494, 1993.

28. Gassner EM, Schocke M, Peer S, Schwabegger A, Jaschke W. Persistent Median Artery in the Carpal Tunnel Color Doppler Ultrasonographic Findings. *J Ultrasound Med* 21:455–461, 2002.

29. Bland J. Carpal tunnel syndrome. *British Medical Journal*; 335:343-6, 2007.

30. Greenberg MS. *Handbook of Neurosurgery*; 3rd ed. Florida: Greenberg Graphics, 1994.

31. Ghavanini MR, Haghghat M. Carpal tunnel syndrome: reappraisal of five clinical tests. *Electromyogr Clin Neurophysiol*; 38: 437-41, 1998.

32. Durkan JA. A new diagnostic test for carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Am*; 73: 535-8, 1991.

33. Serarslan Y, Melek I, Duman T. Karpal Tünel Sendromu. *Pamukkale Tıp Dergisi*; 1:45-49, 2008.

34. Tetro AM, Evanoff BA, Hollstien SB, Gelberman RH. A new provocative test for carpal tunnel syndrome. Assessment of wrist flexion and nerve compression. *J Bone Joint Surg Br*; 80: 493-8, 1998.

35. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Sinir Sistemi Hastalıkları ve Bakımı. Erişim Tarihi: 25.09.2016, available at:
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sinir%20Sistemi%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1%20Ve%20Bak%C4%B1m.pdf, 2013.

36. van Dijk MA, Reitsma JB, Fischer JC, Sanders GT. Indications for requesting laboratory tests for concurrent diseases in patients with carpal tunnel syndrome: a systematic review. *Clin Chem*; 49: 1437-44, 2003.

37. Keles I, Karagulle Kendi AT, Aydin G, Zöğ SG, Orkun S. Diagnostic precision of ultrasonography in patients with carpal tunnel syndrome. *Am J Phys Med Rehabil*; 84: 443-50, 2005.

38. Buchberger W. Radiologic imaging of the carpal tunnel. *Eur J Radiol*; 25:112-7, 1997.
39. Kanaan N, Sawaya RA. Carpal tunnel syndrome: modern diagnostic and management techniques. *Br J Gen Pract*; 51: 311-4, 2001.
40. Öge K, Demirkazık FG, Nurlu G, İnci S, Erben E. Value of carpal tunnel area measurements in carpal tunnel syndrome. *European Association of Neurosurgical Societies Winter Meeting*; Feb 18- 21, İstanbul, Türkiye. *EANS Abstract Book*. p. 40, 1998.
41. Musluoglu L, Celik M, Tabak H, Forta H. Clinical, electrophysiological and magnetic resonance imaging findings in carpal tunnel syndrome. *Electromyogr Clin Neurophysiol*; 44: 161-5, 2004.
42. Kaplan SJ, Glickel SZ, Eaton RG. Predictive factors in the non-surgical treatment of 43 carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Surgery*. Feb; 15B: 106-108, 1990.
43. Harter BT, McKiernan JE, Kirzinger SS, Archer FW, Peters CK, Harter KC. Carpal tunnel syndrome: Surgical and nonsurgical treatment. *The Journal of Hand Surgery*. Jul; 18A(4):734-739, 1993.
44. Banta CA. A Prospective, Nonrandomized Study of Iontophoresis, Wrist Splinting, and Antiinflammatory Medication in the Treatment of Early-Mild Carpal Tunnel Syndrome. *Journal of Medicine*. Feb; 36(2):166-168, 1994.
45. Mooney V. Overuse syndromes of the upper extremity: Rational and effective treatment. *Journal of Musculoskeletal Medicine*. Aug; 15(8):11-18, 1998.
46. O'Gradaigh D, Merry P. Corticosteroid injection for the treatment of carpal tunnel syndrome. *Ann Rheum Dis*; 59: 918-9, 2000.
47. Dammers JW, Veering MM, Vermeulen M. Injection with methylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised double blind trial. *BMJ*; 319: 884-6, 1999.

48. Linskey ME, Segal R. Median nerve injury from local steroid injection in carpal tunnel syndrome. *Neurosurgery*; 26: 512-5, 1990.

49. Gooch CL, Mitten DJ. Treatment of carpal tunnel syndrome: is there a role for local corticosteroid injection? *Neurology*; 64: 2006-7, 2005.

50. Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları, TPD Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, No: 4, Ankara, 2006.

51. Nöroşirürji Hemşireliği Derneği 11. Bilimsel Kongresi. Periferik Sinir Cerrahisinde Hemşirelik Yaklaşımı. Erişim Tarihi: 20.03.2016, available at: http://norosirurji.dergisi.org/pdf/pdf_TND_1066.pdf, 2015.

52. Akvardar Y, Çalak E, Etaner U, Hürol C, Sunat H, Tükel R, Üçok A, Yücel B. Psikanalitik Kurama Giriş. İstanbul: Bağlam Yayınları, 2000.

53. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.

54. Tekin M, Tekin A. Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry; 6(4):330-339 doi: 10.5455/cap.20140210075959, 2014.

55. Altıntaş M, Kesebir S, İnanc L. A comparison of anxiety, depression and attachment in tender age and adult pregnancy in Southeastern Anatolia Region. *NYS*; 54(1): 19-24 doi: 10.5455/NYS.2016002, 2016.

56. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s.277-281, 2014.

57. Townsend CM. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları. Celale Tangül Özcan (Ed.), Nermin Gürhan (Ed.). Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, s.6-9, s.461-463, 2016.

58. Brenner C. Psikanalizin Temelleri, 1973. İngilizce'den çevirenler I.Savaşır, Y.Savaşır. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1993.

59. World Health Organization. Prevalence for Selected Causes in WHO Regions. Erişim Tarihi: 11.06.15, available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/PREV6%202004.xls, 2004.

60. World Health Organization. The Global Burden of Disease. Update. Erişim Tarihi: 11.06.2015, available at: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html, 2004.

61. Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. In Tükel R, Aklın T, editors, Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları: p.469–508, 2006.

62. Işık E, Işık Y. Çocuk, ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, Asimetrik Paralel, İstanbul, s: 425–442, 2006.

63. Dumlu K, Cimilli C. Erken Yaşam Stresörlerinin Nörobiyolojik Sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi. 14 (4): 301-310, 2003.

64. Noyes RJr. Hoehn-Saric R. The Anxiety Disorders. Normal anxiety and fear: psychological and biological aspects. Cambridge University Pres;1-29, 1998.

65. Ladd CO, Hout RL, Thrivikraman KV, Nemeroff CB, Meaney MJ, Plotsky PM. Longterm behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience.Prog Brain Res; 122:81-103, 2000.

66. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Fourth Edition. Washington DC: 393-445, 1994.

67. Persson A, Ehrin E, Eriksson L. Imaging of 11C-labelled Ro 15-1788 binding to benzodiazepine receptors in the human brain by positron emission tomography. J Psychiatr Res; 19:609-622, 1985.

68. Winguist R, Lundstrom K, Salminen M, Laatikainen M, Ulmaner I. Mapping of human COMT gene to 22q11.2 and detection of a frequent RFLP with Bg2. *Cytogenesis and Cell Genetics*; 59:253-257, 1991.
69. Hirschfeld RM. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 3:244-254, 2001.
70. Kessler RC, Nelson CB, Mc Gonagle KA. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry*, 30(Suppl):17-30, 1996.
71. Klerman GL. Introduction. *Treatments of psychiatric disorders*. Chairperson Karasu TB. Washington. American Psychiatric Association, s.1726-1745, 1989.
72. Lydiard RB, Brawman-Mintzer O. Anxious depression. *J Clin Psychiatry*, 59 (Suppl 18):10-17, 1998.
73. *Eur Neuropsychopharmacol*; 16 (Suppl 2):109-118, 2006.
74. Olfson M, Guardino M, Struening E. Barriers to the treatment of social anxiety. *Am J Psychiatry*; 157:521-527, 2000.
75. Asmundson GJ, Jacobson SJ, Allardings MD, Norton GR. Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain:*Behav Res Ther*. Nov-Dec;34(11-12):939-43, 1996.
76. Ring D, Kadzielski J, Fabian L, Zurakowski D, Malhotra LR, Jupiter JB. Self-reported upper extremity health status correlates with depression. *J Bone Joint Surg Am*;88:1983-8, 2006.
77. Lehtinen I, Kirjavainen T, Hurme M, Lauerma H, Martikainen K, Raulaha E. Sleep related disorders in carpal tunnel syndrome. *Acta Neurol Scand*;93:360-5, 1996.

78. Öztekin SD. GI Endoskopik Girişimlerde Sedasyon, Analjezi ve İzleme Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları, 2. Uluslararası - 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 7-11 Eylül, Antalya, 2003.

79. Uzun Ö. “Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 3, 36-45, 2000.

80. Genel Cerrahi Operasyonda Hemşirelik Bakım Planı. Erişim Tarihi: 05.11.2016, available at: <http://hemsire.bakimplanlari.com/2016/02/genel-cerrahi-operasyonda-hemsirelik.html>, 2016.

81. Anksiyete Hemşirelik Bakımı. Erişim Tarihi: 05.11.2016, available at: <http://hemsirelersitesi.net/anksiyete-hemsirelik-bakimi>, 2016.

82. Terzi B, Kaya N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Derleme, 2010.

83. Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyi üzerine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1(2): 8-14, 2004.

84. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, İstanbul, s. 277- 315, 2011.

85. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Günübürlük Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı. Erişim Tarihi: 05.11.2016 available at: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hunhemsire/article/view/5000052956/5000050272>, 2006.

86. Öztekin SD, Altun Uğraş G. GI işlemlerde bilinçli sedasyon sonrası taburculuk eğitimi. Maltepe Üniv. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(2):83-88, 2010.

87. Öztekin SD. Üst GI Sistem Endoskopik Girişimlerde Hemşirenin Rolü. (Eds.) Yavuz M, Kaymakçı Ş, Özşeker E. 7. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 5-8 Mayıs, Altinyunus, Çeşme, İzmir, 2011.

88. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Elkitabı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1983.

89. Spielberger CD. State-trait anxiety inventory manual, Palo Alto, CA: Mind Garden, 1983.

90. Luderitz B, Jung W, Deister A, Marneros A ve Manz M. Patient acceptance of the implantable cardioverter defibrillator in ventricular tachyarrhythmias. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 16(9): 1815-21, 1993.

91. Myers GM, James GD. Social support, anxiety, and support group participation in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Cardiovasc. Nursing*, 23(4): 160-7, 2008.

92. Sandra B, Dunbar RN, Jonathan JL, Carolyn M, Reilly RN, Bindu V ve ark. Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in icd patients. *Pacing Clin Electrophysiology*, 32(10): 12591271, 2009.

93. Tekeoğlu İ, Gülcü E, Sayın R, Bekiroğlu L. Karpal Tünel Sendromunda Uyku ve Anksiyete. *Türk Fiz Tıp Rehabilitasyon Dergisi*; 54:102-6, 2008.

94. Umay E, Polat S, Unlü E, Celik O, Cakıcı A. Demographic Characteristics of our patients with carpal tunnel syndrome. *Türkiye J Clin Anal Med*; 2:63-65, 2011.

95. Nathan PA, Keniston RC, Lockwood RS, Meadows KD. Tobacco, caffeine, alcohol, and carpal tunnel syndrome in American industry. A cross-sectional study of 1464 workers. *J Occup Environ Med*. Mar;38(3):290-8, 1996.

96. Gomes I. Diagnosis of Carpal Tunnel Syndrome From the Demographic and Clinical. [Clin Neurophysiol](#); 117 (5), 964-971, 2006.

97. Arğalı M. Karpal Tünel Sendromu Hastalarında Retinaculum Musculorum Fleksörünün Miyofasial olarak gevşetilmesi, Median Sinir Mobilizasyonu ve Tendon Gliding Egzersizlerinin Kinesiotaping bantlama tekniğiyle karşılaştırılması Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya, 2012.

98. Tanık N. Karpal tünel sendromu: 350 hastanın klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi; 41 (3): 538-541, 2014.

99. Becker J. An evaluation of gender, obesity, age and diabetes mellitus as risk factors for carpal tunnel syndrome. [Clin Neurophysiol](#). Sep;113(9):1429-34, 2002.

100. [Pogorzelski R](#), [Kułakowska A](#), [Halicka D](#), [Drozdowski W](#). Neurological and emotional profile of carpal tunnel syndrome patients. [Przeegl Lek](#).;68(5):269-73, 2011.

101. Weiss APC, Sachar K, Gendreau M. Conservative management of carpal tunnel syndrome: a reexamination of steroid injection and splinting. J Hand Surg 19-A: 410-415, 1994.

102. Hargreaves DG, Gosal H, Moss ALH. Another cause for acute carpal tunnel syndrome: tricyclic overdose. Journal of Accident and Emergency Medicine 1995 12, 158-159, 1995.

103. Dyer GSM, Simmons BP. Therapy: Surgery or nonsurgical therapy for carpal tunnel syndrome? Nature Reviews Rheumatology 6, 186-187, 2010.

104. Obezite. Erişim Tarihi: 10.11. 2016, available at: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Obezite>, 2015.

105. Karaoğlu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F. Aile hekimlerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi: Bir vaka kontrol çalışması. Turk Aile Hekimliği Dergisi; 13(3): 119-126, 2009.

106. Mohanty S, Mohanty P. Influence of body mass index on quality of life in atrial fibrillation patients undergoing catheter ablation. [Heart Rhythm](#). Dec;8(12):1847-52, 2011.

107. Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. Elektif Cerrahi Hazırlığında Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. *Anestezi Dergisi*; 20 (1): 27 – 33, 2012.

108. Talo Yıldırım T, DüNDAR S, Bozoglan A, Karaman T, Dildes N, Acun Kaya F, Altintas E, Oztekin F, Atas O, Alan H. Is there a relation between dental anxiety, fear and general psychological status? *Peerj*, Feb 15;5, 2017.

109. Bostancı Daştan N, Deniz N, Şahin B. Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti İle Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*; 6(2):71-78, 2015

110. Öztürk M, Çakmak A. Ispartada yurttan kalan üniversite öğrencilerinin sigara içme durumu ve anksiyete ile ilişkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*; 7(4): 19-24, 2000.

111. Alacacıoğlu A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*, 2007.

112. Erdem D, Ugiş C, Albayrak D, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. Perianal Bölge Ameliyatı Yapılacak Hastalarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*; 7:11-16, 2011.

113. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4,th ed, Washington DC, 1994.

114. Kızılcık Özkan Z, Ünver S ve Başar A. Karpal Tünel Sendromlu Hastalarda Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemlerin Değerlendirilmesi, *Agri*; 28(4):177–182, 2016.

115. Kolkesen Şahin Ö, Çına Aksoy M. Oral Cerrahi İşlemler Sonrası Yara

İyileşmesine Sigaranın Etkileri, Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi; 24(3):434-441, 2014.

116. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim; 41: 44-9, 2013.

117. Nesim K, Ocal B. Ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri. [Anadolu Psikiyatri Dergisi](#); 2(4):213-221, 2001.



10. EKLER

10.1 Veri Toplama Formu

KARPAL TÜNEL SENDROMLU HASTALARDA ANKSİYETE DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Veri Toplama Formu

1. Cinsiyet
a) kadın b)erkek
2. Yaş
.....
3. Boy :
.....
....
4. Kilo
.....
5. BKİ:.....
.....
6. Medeni durumunuz
a) Bekar b) Evli
7. Eğitim durumu
a) okur- yazar b) ilk-ortaokul c) lise d) üniversite
8. Mesleğiniz :.....
a) Aynı işi sürekli uzun periyodlar halinde yapma
b) Kuvvet ya da tekrar gerektiren el hareketleri
c) El-kol titremesini sağlayan işler
9. Sağlık güvenceniz
a) Var b) Yok

10. Var olan lokal hastalıklarınız
- a) Fleksor retinalkülüm kalınlaşması
 - b) Romatoid artrit
 - c) Osteoartrit
 - d) Paget hastalığı
 - e) Neoplazm
 - f) Tenosynovitler
 - g) Kolles kırığı
 - h) Karpal kemik kırıkları
 - I) Osteofitler
 - i) tendon travması sonucu skar oluşumu
11. Var olan sistemik hastalıklarınız
- a) Diabetes mellitus
 - b) Gut hastalığı
 - c) Myxödem
 - d) Akromegali
 - e) Multipl myeloma
 - f) Tüberkuloz
 - g) Gebelik
 - h) Amyloidozis
 - I) Mukopolisakkaridoz
12. Daha önce ameliyat geçirdiniz mi ?
- a) Evet b) Hayır
13. Ne kadar zamandır karpal tünel sendromu tedavisi görüyorsunuz ?
- gün
14. Aktif olarak kullandığınız eliniz hangisi?
- a) Sağ b) Sol
15. Elinizle ilgili yakınma ne süredir var?
-
16. Sigara kullanıyor musunuz?
- a) Evet..... b) Hayır

17. Alkol kullanıyor musunuz?
a) Evet..... b) Hayır
18. Sürekli kullandığınız ilaçlar
.....
a) NSAID (Nonsteroid antiinflamatuar)
b) Kortikosteroidler
c) Antidepresanlar
d) Oral kontraseptifler (östrojen- progesteron içeren hormon ilaçları)
19. Risk faktörleri / Yakınma
a) Parmaklarda uyuşma hissi
b) Karıncalanma
c) Şişlik
d) Baş parmakta güç kaybı
e) Bilekten kola uzanan ani ve keskin ağrı
f) Parmaklarda yanma hissi
g) Kaşınma
h) El bileğinde kemik çıkıntısı
I) E, B1, B6, B12 vitamin eksikliği
i) El ve bilek ağrısı ile uyanma
20. Günlük yaşam şeklinde değişiklik durumu
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Tamamiyle
21. Hastalığınızla ilgili ameliyat geçirdiyseniz hangi eliniz?
a) Sağ b) Sol
22. Mesleki işlevsellikte bozulma durumu
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Tamamiyle
23. Ameliyatla birlikte sağlık harcamalarında artış
a) Evet b) Hayır

10.2 Durumluk ve Sürekli Anksiyete ölçekleri Değerlendirme Formu

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	<i>Şu anda sakinim</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)

12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)



STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)

35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

PUANLANMASI

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz.

Durumluk anksiyete ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç,

(2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde; Sürekli Anksiyete Ölçeğindeki seçenekler ise

(1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek anksiyeteyi, 4 değerindekiler düşük anksiyeteyi gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek,

“kendimi sakin hissediyorum” ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek anksiyeteyi yansıtmış olur.

Durumluk anksiyete ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli anksiyete ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla.

Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk anksiyete ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli anksiyete ölçeği için ise 35’ dir En son elde edilen değer bireyin anksiyete puanıdır.

PUANLARIN YORUMLANMASI

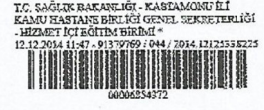
Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek anksiyete seviyesini, küçük puan düşük anksiyete seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) anksiyetenin az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

10.3 Tez Başvurusu onay yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kaşamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 91379769/044
Konu : Ece BEKMEZCİ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ece BEKMEZCİ'nin 'Cerrahi Girişim Geçirecek Olan Karpal Tünel Sendromlu Hastalarda Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi' konulu Tez Çalışması hakkındaki başvurusu incelenmiş olup, Birliğimize bağlı Dr.Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde yatan hastaların kişisel mahremiyeti ve yasal haklarına riayet edilerek anketin hastanemizdeki hizmetlerin aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre ve başvurudaki formun bilgilerinin göz önünde bulundurulması ve sonucunun Genel Sekreterliğimize sunularak değerlendirilmesi suretiyle uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr.Mustafa UYANIK
Genel Sekreter

KASTAMONU İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
Aşağıdaki bilgi için: Hemşire H.İ.ÖZKAN

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1b268134-b079-4fd3-a5db-4b2f7412965d kodu ile erişebilirsiniz.

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.10508
Konu : Başvuru Hk.

27/04/2017

Sayın Ece BEKMEZCİ

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.11.2014 tarihli 259 karar no ile onay verdiği "Cerrahi Girişim Geçirecek Olan Karpal Tünel Sendromlu Hastalarda Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi" isimli çalışma başlığının "Karpal Tünel Sendromlu Hastalarda Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi" olarak değiştirilmesi hususundaki isteğiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 27.04.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden CC7585B1X6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ece	Soyadı	Bekmezci
Doğum Yeri	Kırklareli	Doğum Tarihi	10.10.1989
Uyruğu	TC	Kimlik No	
E-mail	ecebekmezci@gmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik	2012
Lise	Kırklareli Atatürk Lisesi (YDAL)	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
1.Hemşire	Şişli Florence Nightingale Hastanesi	2012-2014
2.		
3.		

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	YDS	IELTS	TOEFLIBT	TOEFLPBT	TOEFLCBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English^

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	Çok iyi
Excel	Çok iyi
PowerPoint	Çok iyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

