



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KATARAKT AMELİYATI ESNASINDA UYGULANAN
TERAPÖTİK DOKUNMANIN ANKSİYETE VE HASTA
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

ZELİHA BİRER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Emel YILMAZ

MANİSA-2015



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KATARAKT AMELİYATI ESNASINDA UYGULANAN TERAPÖTİK
DOKUNMANIN ANKSİYETE VE HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

ZELİHA BİRER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doç. Dr. Emel YILMAZ

(Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Süleyman Sami İLKER

(Jüri Üyesi)

Yrd. Doç. Dr. Hakan BAYDUR

(Jüri Üyesi)

,
MANİSA-2015



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KATARAKT AMELİYATI ESNASINDA UYGULANAN
TERAPÖTİK DOKUNMANIN ANKSİYETE VE HASTA
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

ZELİHA BİRER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Emel YILMAZ

MANİSA-2015



CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ

REPUBLIC OF TURKEY
CELAL BAYAR UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**THE EFFECT ON ANXIETY AND PATIENT SATISFACTION OF
THERAPEUTIC TOUCH PERFORMED DURING CATARACT SURGERY**

ZELİHA BİRER
MASTER'S THESIS

NURSING DEPARTMENT

SUPERVISOR
ASSOC. PROF. EMEL YILMAZ

MANİSA-2015

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Öğrencinin Adı, Soyadı

Zeliha BİRER

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca bilgi, beceri ve tecrübelerini benimle paylaşan, eğitimime değerli katkıları bulunan, desteklerini hiçbir koşulda esirgemeyen, daima ileriye bakmamı ve başarıya adım atmamı sağlayan, her zaman en iyiyi ve en günceli öğreten öğrencisi olmaktan onur duyduğum kıymetli, başarılı, tez danışmanım Doç. Dr. Emel YILMAZ'a,

Verilerin değerlendirilmesi ve yorumlanmasında yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hakan BAYDUR'a

Verilerin toplanmasında benden yardımlarını esirgemeyen Manisa Devlet Hastanesi Göz Hastalıkları Uzman Hekimlerine,

Ameliyathane göz salonu çalışanlarına,

Çalışmaya katılan hastalara,

Çalışmamın her aşamasında anlayış ve sabırla yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen değerli eşim Muhammed Birer'e

Her koşulda yanımda olduklarını hissettiğim ve beni bugünlere getiren biricik Aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ZELİHA BİRER

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
RESİMLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırma Soruları.....	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. KATARAKT.....	9
2.2. GÖZ VE ANATOMİSİ.....	9
2.2.1. Göz Küreleri.....	10
2.2.2. Gözün Tabakaları.....	10
2.2.2.1. Gözün Dış Tabakası.....	10
2.2.2.2. Gözün Orta Tabakası.....	11
2.2.2.3. Gözün Sinirsel Tabakası.....	11
2.2.3. Gözün Boşlukları.....	11
2.2.4. Gözün Yardımcı Organları.....	12
2.2.5. Görme Fizyolojisi.....	12
2.3. LENS.....	13
2.4. KATARAKT BELİRTİLERİ VE TANIDA KULLANILAN	16
TESTLER.....	
2.4.1. Katarakt Oluşumu.....	17
2.4.2. Katarakt Türleri.....	18
2.4.2.1. Konjenital Katarakt.....	18
2.4.2.2. Gelişimsel ve Jüvenil Katarakt.....	18

2. 4. 2. 3. Senil Katarakt.....	19
2. 4. 2. 4. Nükleer Katarakt.....	19
2. 4. 2. 5. Kortikal Katarakt.....	20
2. 4. 2. 6. Küneiform Katarakt.....	20
2. 4. 2. 7. Patolojik Katarakt.....	20
2. 4. 2. 8. Travmatik Katarakt.....	21
2. 4. 2. 9. Komplike Katarakt.....	22
2. 4. 2. 10. Sekonder Katarakt.....	22
2. 4. 3. Katarakt Tedavisi.....	22
2. 4. 3. 1. Katarakt Cerrahisinin Tarihçesi.....	22
2. 4. 3. 2. Katarakt Cerrahisi Tipleri	23
2. 4. 3. 2. 1. İntrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu.....	23
2. 4. 3. 2. 2. Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu.....	24
2. 4. 3. 2. 3. Fakoemülsifikasyon.....	24
2. 4. 4. Katarakt Cerrahisi ve Anestezi.....	26
2. 4. 5. Katarakt Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı.....	27
2. 5. YAŞAM ENERJİSİ.....	28
2. 5. 1. İnsandaki Enerji Merkezleri.....	29
2. 5. 1. 1. Şakra Sistemi.....	29
2. 5. 1. 2. Aura Sistemi.....	31
2. 5. 1. 3. Yoğunlaşma.....	33
2. 5. 2. Dokunma.....	34
2. 5. 3. Terapötik Dokunma.....	34
2. 5. 3. 1. Terapötik Dokunmaya Genel Bakış.....	34
2. 5. 3. 2. Terapötik Dokunmanın Uygulanması.....	35
2. 5. 3. 3. Terapötik Dokunmanın Etkileri.....	38
2. 5. 3. 4. Terapötik Dokunma ve Cerrahi Tedavi.....	38
2. 6. ANKSİYETE.....	39
2. 6. 1. Anksiyete Tanımı.....	39
2. 6. 2. Anksiyete ile İlgili Kuramlar.....	40
2. 6. 2. 1. Psikanalitik Kuram.....	40
2. 6. 2. 2. Objektif ya da Gerçek Anksiyete.....	41
2. 6. 2. 3. Nevrotik Anksiyete.....	41

2. 6. 2. 4. Moral Anksiyete.....	41
2. 6. 2. 5. Ego Psikolojisi Kuramı.....	41
2. 6. 2. 6. Davranışçı Kuram.....	41
2. 6. 2. 7. Bilişsel Kuram.....	42
2. 6. 2. 8. Varoluşçu Kuram.....	42
2. 6. 2. 9. Spilberger' in Anksiyete Kuramı.....	42
2. 6. 3. Anksiyete Nedenleri.....	43
2. 6. 4. Anksiyete Belirtileri.....	44
2. 6. 5. Cerrahide Anksiyete ve Önemi.....	46
2. 6. 5. 1. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması.....	47
2. 6. 5. 2. Ameliyat Öncesi Anksiyete.....	48
2. 6. 5. 2. 1. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Etkileri.....	49
2. 6. 6. Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Girişimleri.....	50
2. 7. HASTA MEMNUNİYETİ.....	51
2. 7. 1. Hasta Memnuniyetinin Tarihçesi.....	51
2. 7. 2. Hasta Memnuniyetinin Önemi	52
2. 7. 3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	53
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	57
3. 1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE SÜRESİ.....	57
3. 2. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	57
3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	57
3. 3. 1. Örneklem Yöntemi.....	57
3. 3. 2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	58
3. 3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	58
3. 4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	59
3. 4. 1. Kişisel Bilgi Formu.....	59
3. 4. 2. Terapötik Dokunma Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Yaşam Bulguları Kayıt Formu.....	59
3. 4. 3. Spielberg Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....	59
3. 4. 4. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ).....	60
3. 5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	60
3. 6. VERİLERİN ANALİZİ.....	64
3. 7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	64

3. 8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	64
3. 9. SÜRE VE OLANAKLAR	65
4. BULGULAR	66
4. 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastalarla İlgili Tanıtıcı Bulgular.....	66
4. 2. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Duygu Durumları ile İlgili Bulgular.....	73
4. 3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ölçüm Değerlerinin Hasta Gruplarına Göre Dağılımı ile İlgili Bulgular.....	76
4. 4. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ölçüm Değerleri ve Gruplar Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular.....	85
4. 5. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Zaman İçerisinde VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçerisindeki Değişimi ile İlgili Bulgular.....	95
5. TARTIŞMA	102
5. 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastalarla İlgili Tanıtıcı Bulguların İncelenmesi.....	102
5. 2. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Duygu Durumları İle İlgili Bulguların İncelenmesi.....	108
5. 3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ölçüm Değerlerinin Hasta Gruplarına Göre Dağılımı ile İlgili Bulguların İncelenmesi.....	110
5. 4. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ölçüm Değerleri ve Gruplar Arasındaki İlişki ile İlgili Bulguların İncelenmesi.....	116
5. 5. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Zaman İçerisinde VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçerisindeki Değişimi ile İlgili Bulguların İncelenmesi.....	118
6. 1. SONUÇ ve ÖNERİLER	120
7. KAYNAKLAR	121
8. EKLER	137
Ek 1. Anket Formu.....	137
Ek 2. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	144
Ek 3. T.C. Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Onay Belgesi.....	146
Ek 4. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Manisa İli	147

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi.....	
Ek 5.Terapötik Dokunma Hakkında Alınan Eğitim Belgesi.....	148
9. ÖZGEÇMİŞ	149



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	66
Tablo 2. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	66
Tablo 3. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	67
Tablo 4. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	67
Tablo 5. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı.....	68
Tablo 6. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Gelir Düzeyine Göre Dağılımı.....	68
Tablo 7. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı.....	68
Tablo 8. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Yaşadığı Yere Göre Dağılımı.....	69
Tablo 9. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı.....	69
Tablo 10. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Daha Önce Önemli Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.....	70
Tablo 11. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	70
Tablo 12. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	70
Tablo 13. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatma Durumuna Göre Dağılımı.....	71
Tablo 14. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Daha Önce Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	71
Tablo 15. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	72
Tablo 16. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Katarakt Tanı Süresi, Ameliyat Süresi ve Hastanede Yatış Süresine Göre Dağılımı.....	72

Tablo 17. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Esnasındaki Duygu Durumuna Göre Dağılımı.....	73
Tablo 18. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Esnasında Ağrı ve Rahatsızlık Hissetme Durumuna Göre Dağılımı.....	73
Tablo 19. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Esnasında Anksiyete/ Stres Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	74
Tablo 20. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Tedavi ve Bakımı Değerlendirme Duruma Göre Dağılımı.....	74
Tablo 21. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Bakım İhtiyaçlarının Karşılanma Durumuna Göre Dağılımı.....	75
Tablo 22. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Ameliyat ncesi, Esnası ve Sonrasında llen Parametre Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	76
Tablo 23. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Durumluluk-Sürekli Kaygı lği ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet lği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	83
Tablo 24. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Ameliyat ncesi, Esnası ve Sonrasında llen Parametre Puanlarının Karşılaştırılması.....	85
Tablo 25. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Ameliyat ncesi ve Sonrası Durumluluk-Sürekli Kaygı lği Puanlarının Karşılaştırılması.....	91
Tablo 26. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımından Memnuniyet lek Puanlarının Karşılaştırılması.....	92
Tablo 27. Araştırma rneklemine Alınan Hastaların Ameliyat ncesi ve Sonrası Anksiyete Durumu.....	93
Tablo 28. Araştırma rneklemine Alınan Girişim Grubundaki Hastaların VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçeresindeki Değişimi.....	95
Tablo 29. Araştırma rneklemine Alınan Kontrol Grubundaki Hastaların VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçeresindeki Değişimi.....	97
Tablo 30. Araştırma rneklemine Alınan Girişim Grubundaki Hastaların Terapötik Dokunmanın 15. Dakikasından sonra VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçeresindeki Değişimi.....	99
Tablo 31. Araştırma rneklemine Alınan Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyatın 15. Dakikasından sonra VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçeresindeki Değişimi.....	101

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Anksiyete VAS Ölçüm Değerleri.....	79
Grafik 2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Solunum Ölçüm Değerleri.....	80
Grafik 3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Oksijen Saturasyonu Ölçüm Değerleri.....	80
Grafik 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Nabız Ölçüm Değerleri.....	81
Grafik 5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Sistolik Tansiyon Ölçüm Değerleri.....	82
Grafik 6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Diyastolik Tansiyon Ölçüm Değerleri.....	83
Grafik 7. Araştırma Örneklemine Alınan Girişim ve Kontrol Gruplarında VAS-Anksiyete Puanlarının Zaman İçerisindeki Değişimi.....	98

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Göz Anatomisi.....	9
Şekil 2. Göz Boşlukları.....	11
Şekil 3. Gözün Yardımcı Kısımları.....	12
Şekil 4. Görme Fizyolojisi.....	13
Şekil 5. Göz Lensi.....	14
Şekil 6. Göz Muayenesi.....	17
Şekil 8. Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyon.....	18
Şekil 9. Fakoemülsifikasyon (FAKO).....	24



RESİMLER LİSTESİ

Resim 1. Ameliyat Öncesi Hasta ile Görüşülmesi.....	150
Resim 2. Terapötik Dokunma için Konsantre Olunması.....	150
Resim 3. Ameliyat Esnasında Terapötik Dokunma Uygulanması.....	151
Resim 4. Ameliyathanede Terapötik Dokunmanın Bitiminde Vital Bulguların Alınması.....	152
Resim 5. Ameliyattan Sonra Hasta ile Görüşülmesi	152



KISALTMALAR LİSTESİ

ATP: Adenozin trifosfat

BKİ:Beden kitle indeksi

EKKE: Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyon

FAKO: Fakoemülsifikasyon

GİL: Göz İçi Lensleri

HBMÖ: Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği

NADPH: Nikotinamid Adenin Dinükleotid Fosfat

VAS:Visual Analog Skala



Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisi

Öğrenci Adı: Zeliha Birer

Danışmanı: Doç. Dr. Emel Yılmaz

Anabilim Dalı: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Araştırma; katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisini belirlemek belirlemek amacıyla randomize kontrollü girişim çalışması olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma örneklemini 22 Ağustos 2014-31 Ocak 2015 tarihleri arasında Manisa Devlet Hastanesine katarakt ameliyatı yapılmak için yatan ve çalışma kriterlerine uyan 57 girişim ve 57 kontrol olmak üzere toplam 114 birey oluşturmuştur. Araştırma öncesinde etik kurul onayı ve hastalardan onam alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veriler kişisel bilgi formu, anksiyeteyi belirlemek için Visual Analog Skala (VAS), Spielberg Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ) ile toplanmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki hastalara ameliyat öncesinde hasta odasında Spielberg Durumluluk- Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılarak anksiyeteleri ölçülmüştür. Girişim grubundaki hastalara ameliyat esnasında 15 dakika süre ile terapötik dokunma uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara rutin uygulamalar dışında herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Her iki gruptaki hastaların VAS- anksiyete ve yaşam bulguları ameliyat öncesi hasta odasında, ameliyathanede, ameliyatın 15. dakikasında ve ameliyat sonrası hasta odasında ölçülerek kayıt edilmiştir. Ameliyat sonrası hasta odasında tekrar Spielberg Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve taburcu olmadan önce NHBMÖ uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Ki kare, Mann Whitney U, Wilcoxon işaretli sıra testi ve Friedman testi kullanılmıştır.

Bulgular: Girişim grubundaki hastaların terapötik dokunma sonrası VAS-anksiyete puan ortalaması $3,56 \pm 1,85$ iken kontrol grubunun ameliyatın 15. dakikası VAS-anksiyete puan ortalaması $8,88 \pm 1,50$ olarak saptanmıştır. Girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna göre terapötik dokunma sonrası anksiyetenin azaldığı,

vital bulguların olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastaların NHBMÖ'den aldığı puan kontrol grubundan yüksek olarak bulunmuştur.

Sonuçlar: Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda; ameliyat esnasında uygulanan terapötik dokunmanın hastaların anksiyetesini düşürdüğü, vital bulguları olumlu yönde etkilediği ve hasta memnuniyetini arttırdığı görölmüştür. Ameliyat esnasında terapötik dokunma uygulanması önerilmektedir .

Anahtar Kelimeler: Katarakt ameliyatı, terapötik dokunma, anksiyete, hasta memnuniyeti



ABSTRACT

The Title of the Thesis: The effect on anxiety and patient satisfaction of therapeutic touch performed during cataract surgery

Student: Zeliha Birer

Supervisor: Assoc. Prof. Emel YILMAZ, Ph.D.

Department: Surgical Nursing Department

Aim: The aim of the study was to determine the effect of therapeutic touch on anxiety and patient satisfaction when performed during a cataract surgery. It was planned and applied as randomized controlled trial.

Materials and Methods: The research sample consisted of 114 individuals, 57 in the intervention group and 57 controls, who were hospitalized for cataract surgery at Manisa Government Hospital between 22 August 2014 and 31 January 2015 and who conformed to the study criteria. Prior to the study, approval was obtained from the ethics committee and informed consent was given by the patients. Data collection was by face to face interview, using a personal information form, a visual analogue scale (VAS) to measure anxiety, the Spielberger State/Trait Anxiety Inventory (STAI) and the the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale (NSNCS). The anxiety of patients in the intervention and control groups was measured before the surgery in the patient's room using the STAI. During the surgery, patients in the intervention group received a 15-minute session of therapeutic touch. Patients in the control group received only routine treatment. In both groups of patients, anxiety and vital signs were recorded before the surgery in the patient's room, in the operating room in the 15th minute of the operation and after the operation in the patient's room. The STAI was applied again after the surgery in the patient's room, and the NSNCS was given before discharge.

Data is evaluated with descriptive statistics, Student t test, Mann Whitney U, Willcoxon signed rank test, Friedman test and Chi-square test.

Findings: In the intervention group, patients' mean VAS anxiety score after therapeutic touch was $3,56 \pm 1,85$, while that of the control group in the 15th minute of the operation was $8,88 \pm 1,50$. It was found that anxiety levels were reduced in the intervention group after therapeutic touch compared with the control group, and that

vital signs were affected positively. NSNCS scores of patients in the intervention group were higher than those in the control group.

Results: It was observed that therapeutic touch applied during surgery reduced anxiety, affected vital signs positively and increased patient satisfaction. The application of therapeutic touch during surgery is recommended.

Key words: Cataract surgery, therapeutic touch, anxiety, patient satisfaction



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Sağlık geçmişte, bireylerin ve toplumların büyük bir bölümünce, hastalığın olmayışı ya da hastalık durumunun karşıt görüşünü yansıtan bir kavram olarak ele alınmıştır. Günümüzde ise sağlık; bireyin psikososyal ve fonksiyonel boyutlarının giderek ilerleyen entegrasyonu olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak belirtilmektedir. En geniş bakış açısı ile ele alındığında ise sağlık, bireyin iç ve dış çevresinde, iyilik halini sürdürme için değişimlere adapte olduğu, dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Biol 2004; Ergün ve ark. 2011; Aksoy ve ark. 2012; Ay 2012; Durgun ve Okumuş 2013).

Hastalık bireyin bütünlüğünü oluşturan fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, ailesel ve spirüel boyutlarının olumsuz etkilendiği bir durum olup kimlik var oluşuna yönelik yoğun endişe yaşatan bir yaşam deneyimidir (Biol 2004; Ergün ve ark. 2011; Aksoy ve ark. 2012; Ay 2012; Durgun ve Okumuş 2013).

Birçok hastalığın tedavisinde cerrahi girişim yaygın olarak kullanılmaktadır. Cerrahi, insan organizmasında ortaya çıkan patolojik olayları durdurmak, hafifletmek ya da bazı yapıları çıkararak sorunu ortadan kaldırmak amacıyla yapılan, planlı anatomik değişimler olarak ele alınmaktadır (Biol 2004; Yavuz 2011; Aksoy ve ark. 2012; Ay 2012; Durgun ve Okumuş 2013). Cerrahi girişim bireylerin yaşamını birçok yönden etkilemekte, kaygı ve endişelerini attırmaktadır (Yavuz 2011; Aksoy ve ark. 2012). Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de ameliyatın risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinin en önemlisi bilinmeyen korkusudur. Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılı değildir. Ameliyatın küçük olması hastanın az korkması ya da korkmamasını gerektirmez. Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır (Black ve ark. 2001; Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012; Aksoy ve ark. 2012).

Günümüzde en sık uygulanan cerrahi girişimlerden birisi de katarakt cerrahisidir. Katarakt, normalde şeffaf olan lensin opaklaşmasıdır. Katarakt ameliyatı gününbirlik cerrahi uygulaması şeklindedir. Katarakt ameliyatı erken rehabilitasyon ve genel anestezinin ameliyat sonrası komplikasyonlarını azaltmak için lokal anestezi altında yapılmaktadır (Jaffee 1996; Black ve ark. 2001; Kaymakçı 2011; Aksoy ve ark.

2012; Erdil ve Elbaş 2012). Katarakt ameliyatı esnasında genel anestezi uygulandığında, hastalarda lokal anesteziye göre daha sık ve ciddi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bu nedenle bir çok göz cerrahı erken rehabilitasyon ve genel anestezinin ameliyat sonrası komplikasyonlarını azaltmak için lokal anesteziyi genel anesteziye tercih etmektedir (Aksu ve ark. 2008). Ameliyatta topikal anestezi kullanılan hastalarda farkındalığın yarattığı korku ve endişe zaman zaman sempatik deşarja neden olmakta ve hipertansiyon, taşikardi, hiperventilasyon ve akut panik atak oluşabilmektedir. Hastalar ile ameliyat esnasında kooperasyon kaybedilebilmekte, istemsiz hareketler ve bunun neden olduğu komplikasyonlar görülebilmektedir (Moon ve Cho 2001; Leo ve ark. 2005). Lokal anestezi ile yapılan ameliyatlarda hasta uyumu önemlidir. Hastanın konforu ve hareketsiz bırakılması ile cerrahın rahat çalışmasının sağlanması, intraoküler basıncın düşürülmesi ve cerrahi komplikasyonların en aza indirilmesi için hastanın sakin olması gerekmektedir (Özkan ve ark. 2007; Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012).

Görme fonksiyonunun yitirme olasılığı, korku yaratan bir durum olduğu için göz ameliyatı olacak hastalar çok endişelidir (Erdil ve Elbaş 2012). Hastaya eğitim vermek, hastanın ameliyatından önce hekim ve anestezi uzmanı ile görüşmesini sağlamak, gevşeme yöntemleri ve farmakolojik yöntemler ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmak için kullanılmaktadır (Cimilli 2001).

Ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmada farmakolojik yöntemlerin yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemlerde kullanılmaktadır. Terapötik dokunma da bu yöntemlerin arasında yer almaktadır. Terapötik dokunma, sağlık profesyonelleri ve hemşireler tarafından kullanılan iyileştirici bir yöntemdir. 1970'li yılların erken dönemlerinde Dore Kunz ve Dolores Krieger tarafından New York Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde geliştirilen bir uygulamadır. Empati oluşturma ve sözlü empati kurulamadığı durumlarda alternatif bir yöntem olup, pozitif ya da negatif nörofizyolojik yanıtlara neden olmaktadır. Terapötik dokunma; vücuttaki enerjiyi açığa çıkararak el ile kişiye direkt ya da 5-15 cm mesafeden temas sonucunda iyileştirici olarak kişiyi rahatlatmaktadır. Terapötik dokunmanın daha çok rahatlatıcı yanıt oluşturmaları, bunun yanı sıra ağrıyı azaltıcı ve iyileşmeyi hızlandırıcı etkisi bulunmaktadır (Fischer ve ark. 1999; Olshansky 2000; O'Mathúna 2000; Turan ve ark. 2010).

Literatüde terapötik dokunmanın hastalarda anksiyete ve ağrıyı azalttığı bildirilmiştir. Turner ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında yanıklı hastalara

uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve ağrıyı azalttığı saptanmıştır (Turner ve ark. 1998). MacIntyre ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında koroner arter bypass ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan terapötik dokunmanın anksiyeteyi azalttığı ve fonksiyonel durumu artırdığını belirtilmiştir (MacIntyre ve ark. 1998). Moon ve Cho'nun (2001) çalışmasında da katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (Moon ve Cho 2001). Bu konu ile ilgili yapılan başka bir çalışmada ise İranlı kadın hastalarda kalp katerizasyonu öncesinde uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeteyi önemli derecede düşürdüğü, yaşam bulgularını normal seviyede tuttuğu ve aritmi oluşumunu azalttığı tespit edilmiştir (Zolfaghari ve ark. 2012).

Hemşirelik bakım kalitesi göstergelerinden olan hasta memnuniyeti, bakımın planlanması, değerlendirilmesi ve bakım kalitesinin belirlenmesinde bir geri bildirim sağlamaktadır. Hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından algıladıkları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktör arasındadır (Boumans ve ark. 2005; Naomi 2006; Dinç 2009).

Ameliyat esnasında hemşireler tarafından uygulanan terapötik dokunma hastaların cerrahi süreçten duydukları anksiyeteyi azaltarak ameliyat esnasında ve sonrasında hastanın yaşam kalitesini arttıracak, komplikasyonları azaltarak hastaların daha çabuk iyileşmelerine ve hasta memnuniyetinin artmasına katkı sağlayacaktır. Ülkemizde ameliyat esnasında uygulanan terapötik dokunmanın etkisini değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Araştırma sonucunda elde edilecek bulguların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Tüm bunlardan hareketle bu araştırma; katarakt ameliyatı yapılan hastalara uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1. 2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma; katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

1. 3. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmada Şu sorulara yanıt aranmıŐtır:

Araştırma ana sorusu; Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisi nedir?

Araştırmanın alt soruları ise;

1. Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeteyi azaltmaya etkisi nedir?

2. Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın hastaların yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen saturasyonu) parametrelerindeki deęiŐime etkisi nedir?

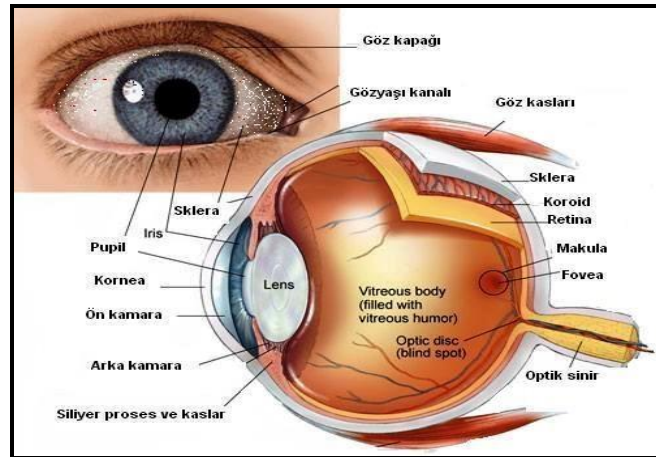
2. Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın hasta memnuniyetine etkisi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. KATARAKT

İnsanlar görsel bir dünyada yaşar ve görme en önemli duyulardan biridir. Gözler insanoğlunun dünya güzelliklerini duyumsamasını ve bu güzelliklerden zevk almasını sağlayan ve bedenin dünyaya açılan pencereleri olarak tanımlanabilir. Göz; göz küreleri, gözün boşlukları, lens ve gözün yardımcı organlarından oluşmaktadır. Katarakt normalde şeffaf olan lensin opaklaşmasıdır (Erdil ve Elbaş 2012). Lens saydam yapısı ile ışık ışınlarının tamamına yakınına saçılmadan geçirirken aynı zamanda kırarak retina üzerinde odaklanmasını sağlar. Lensin geçirgenliğinde azalmaya ve/veya ışınlarının saçılmasına yol açan her türlü opasite katarakt olarak adlandırılır. Katarakt tedavi edilebilir körlük sebepleri arasında yer almaktadır. Lensin %65'i sudur. Protein muhtevası ise %35'dir ve bu oran vücuttaki bütün dokular içinde en yüksek olanıdır. Lensin metabolizması pek çok organ veya dokununkinden de daha karışık ve spesifiktir (Özkan ve ark. 2007). Katarakt giderek ilerleyen ağrısız görme kaybı ile seyreden lensin bulanıklaşması ve opaklaşmasıdır (Erdil ve Elbaş 2012).

2. 2. GÖZ VE ANATOMİSİ



Şekil 1. Göz Anatomisi

(<http://www.drfaikorucoglu.com/2012/05/gozlerimiz.html>, Erişim Tarihi 10.02.15)

Göz küreleri (glob; bulbus okuli), orbita boşluğu içinde bağ dokusundan zengin bir yağ yastığına yerleşmiş görme fonksiyonu ile görevli bir çift organdır. Dört rektus

kası ve iki oblik kas ile orbita tepesine (apex) tespit edilmiştir. Normalde 22-26 mm yarıçapında bir küre olan gözlerimizin çok az bir kısmı, yaklaşık 1/5'i dışarıdan görünür haldedir. Göz küresi, göz çukurunun kemik kenarları tarafından çevrelenmektedir. Gözler alt ve üst göz kapakları ile dış etkenlerden korunurlar. Kapakların kırpma refleksi gözleri dış etkenlerden koruyan bir diğer faktördür. Kapaklardan başka gözyaşı bezleri (Glandula lakrimalis) ve onun drenaj sistemleri (Nazolakrimail sistem), orbita içindeki diğer oluşumlar ve kirpikler gözün yardımcı organlarını oluştururlar (Aydın ve Akova 2001; Erdil ve Elbaş 2012).

2. 2. 1. Göz Küreleri

Göz küreleri (bulbus oculi) orbita boşluğunda, bağ dokusundan zengin bir yağ yastığına yerleşmiş, görme fonksiyonuyla görevli bir çift organdır. Gözlerin ön tarafı dış ortamla temastadır. Görünen kısım göz küresinin 1/5'idir (Erdil ve Elbaş 2012). Yukarıdan aşağıya basık bir küre biçimindedir. Kürenin ön kısmını oluşturan korneanın konveksliği daha fazladır. Kürenin önünde bulunan en çıkıntılı noktasına ön kutup (pulus anterior), arkasında bulunan en çıkıntılı noktasına ise arka kutup (pulus posterior) denir. Kürenin merkezinde geçmek sureti ile iki kutbu birleştiren çizgiye gözün geometrik eksenini (axis bulbi oculi) denir (Unur ve ark. 2005).

Göz küresi dıştan içe her biri çeşitli katlardan oluşan üç tabakadan yapılmıştır. En dıştaki tabaka şeffaf "kornea", opak "sklera" ve bunların birleşme yeri olan bir limbus" tan meydana gelir. Ortadaki damarlardan zengin (vasküler) tabaka "uvea" adıyla bilinir, "iris", "korpus silyare" ve "korioidea" dan oluşur. En içteki tabaka "sinirsel tabaka (retina)"dır, pigment epiteli ve algılayıcı (nöroretina=sensoriel) retina olmak üzere iki bölümdür. Göz küresi içinde ayrıca "ön kamara", "arka kamara" ve "vitreus boşluğu" olmak üzere, üç boşluk ve lens bulunur (Unur ve ark. 2005; Erdil ve Elbaş 2012).

2. 2. 2. Gözün Tabaları

2. 2. 2. 1. Gözün dış tabakası (Fibröz tabaka)

Gözün dış destekleyici tabakası, fibröz bağ dokudan oluşmuş kalın bir zardır. Dış tabakanın 5/6 sını oluşturan arka kısım opak "sklera" dır. Dış tabakanın gözün ön yüzündeki kısmı, şeffaf "kornea" dır (Kaymakçı 2011; Erdil ve Elbaş 2012).

2. 2. 2. 2. Gözün orta tabakası

Bu tabakada çok kan damarı vardır ve uvea olarak bilinir. Arkadan öne doğru, koriyoidea, korus silyare ve iristen oluşur.

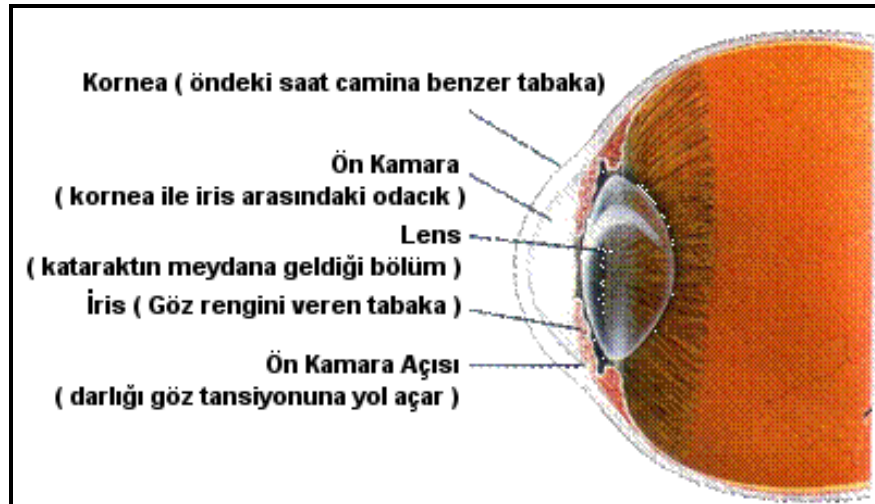
- **Korioidea:** Retinayı besleyen damarsal kattır.
- **Korus silyare:** Lensin konveksliğinin artmasına neden olmaktadır.
- **İris ve Pupilla:** İris diyafram gibi fonksiyon yaparak göze girecek ışık miktarını ayarlar (White ve Duncen 2000; Aydın ve Akova 2001; Hawks ve Keene 2001; Özkan ve ark. 2007; Erdil ve Elbaş 2012).

2. 2. 2. 3. Gözün sinirsel tabakası (Retina)

Kendi üzerine odaklaşan ışık dalgalarını, sinir impulslarına dönüştürerek beyne yollamaktadır (Aydın ve Akova 2001; Unur ve ark. 2005).

2. 2. 3. Gözün boşlukları

- **Ön Kamara:** Önde kornea, arkada iris, pupilla ve lensle çevrilmiştir. İçinde saydam bir sıvı olan “hümor aköz” bulunur.
- **Arka Kamara:** Önde irisin arka yüzü, arkada suspensor ligamentin ön yüzü, içte lens ve dışta silyar proseslerle çevrilmiş olup, hacmi ön kamaradan daha küçüktür
- **Vitreus Boşluğu:** Önde suspensor ligament, korus silyare, lensin arka yüzü, arkada retina ve papilla arasında kalan büyük bir boşluktur. Göz küresinin yaklaşık %80’ini oluşturur (Unur ve ark. 2005; Özkan ve ark. 2007; Kaymakçı 2011; Erdil ve Elbaş 2012).



Şekil 2. Göz Boşlukları

(http://www.ahmetgirgin.com/goz_hastalıkları.html, Erişim Tarihi: 11.02.2015)

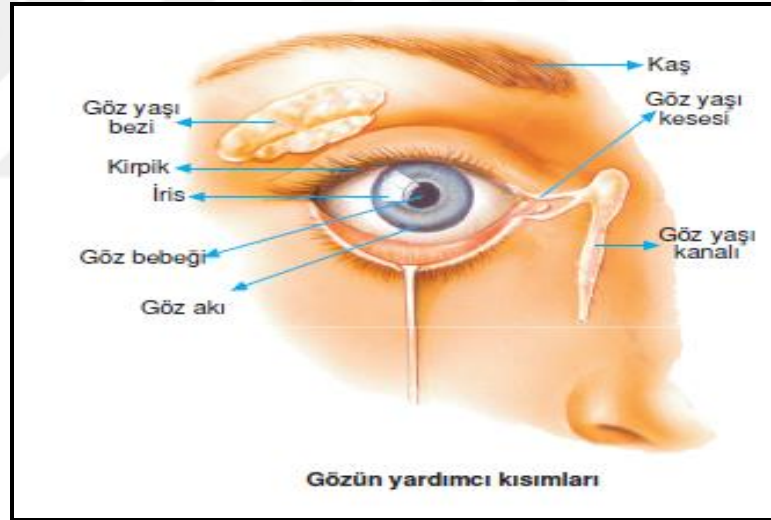
2. 2. 4. Gözün Yardımcı Organları

Gözün yardımcı organlarının çoğunluğu koruyucu yapılar ve kaslardır. Bunlar orbita, göz kapakları, kirpikler, kaşlar, konjonktiva, lakrimal gözyaşı sistemi ve göz ve göz kapaklarını hareket ettiren kaslardır.

• **Orbita:** Göz kafatasında orbital boşlukta yer alır. Orbita gözü dış travmalardan korur.

• **Göz kapakları, kirpikler ve kaşlar:** Gözü korumakta görevli iki göz kapağı, dıştan içe deri, kas tars ve konjuktiva olmak üzere dört tabakadan oluşur. Kapak derisi, bedenin en ince hassas derisidir. Deri, kapağın kirpikli kenarında biter. Kaşlar ve kirpikler göze yabancı madde girişini önlerler.

• **Konjonktiva:** İnce şeffaf, müköz bir zardır. Göz kapaklarının iç yüzeyini döşedikten sonra, göz küresinin üst yüzeyini örter ve korneada sonlanır. Konjoktiva epitelinde musin kıvamında salgı yapan çeşitli bezlerde bulunmaktadır (Aydın ve Akova 2001; Kaymakçı 2011; Erdil ve Elbaş 2012).



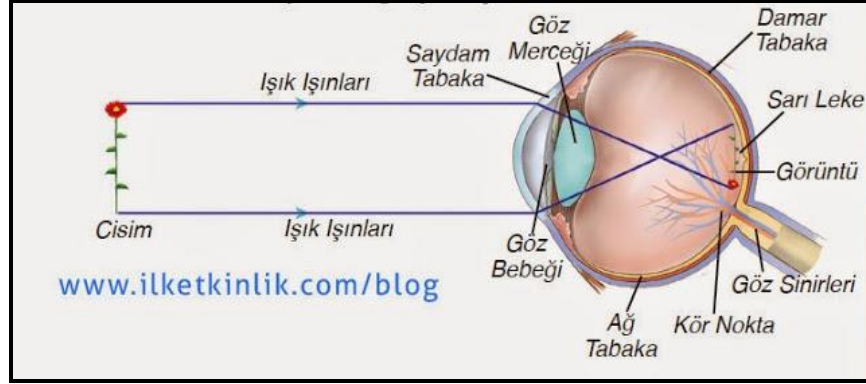
Şekil 3. Gözün Yardımcı Kısımları²⁰

(<http://www.bilgicik.com/tag/gozun-yardimci-organlari/>, Erişim Tarihi: 11.02.15)

2. 2. 5. Görme Fizyolojisi

- Işık dalgalarının göze girerken kırılması
- Lensin uyumu (akomodasyon) ile görüntülerin retinada odaklanması
- Işık dalgalarının fotokimyasal aktivite ile sinir impluslarına dönüşmesi
- Retinadaki sinirsel aktivite süreci ve implusların optik sinire iletilmesi

- Beyindeki süreçlerde objenin algılanması ile tamamlanır (Unur ve ark. 2005; Özkan ve ark. 2007; Erdil ve Elbaş 2012).



Şekil 4. Görme Fizyolojisi

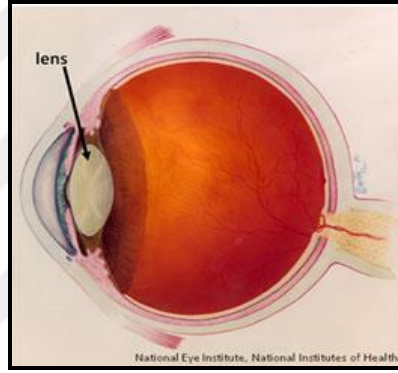
(<http://www.ilketkinlik.com/yazi/Gozun-yapisi-gorme-olayi-nasil-gercekleşir-gorme-kusurlari-nelerdir-goz-sagligini-koruma-yollari-fth66>, Erişim Tarihi: 13.02.2015)

2. 3. LENS

Lens iris ve pupillanın arkasında vitreusun önünde yer alan tamamen şeffaf, damarsız, bikonveks bir organdır. 10 mm çapında, 4 mm kalınlığındadır (Aydın ve Akova 2001; Erdil ve Elbaş 2012). Gençlerde lens daha yumuşak, elastiki ve tamamıyla şeffaftır. Yaşlılarda sarımtırak renk alır, sertliği artar ve elastikiyetini kaybeder (Unur ve ark. 2005). Lens, gözün kırıcı ortamlarından birini oluşturur. Bu kırıcılığın değişmesiyle ışınların retina üzerinde görüntü oluşturmasını sağlayan uyum olayını sağlamaktadır (Erdil ve Elbaş 2012). Lens sinir ve damar içermez. Lens, pupilla ve irisin arkasında yer alan gözün saydam ve kırıcı ortamlarından ikincisidir. Kristalin lens de denilen bu yapı, bikonveks biçimde olduğu için mercimeğe (lentil) benzetilmiştir. Lens arka kamarada, irisin arka yüzeyi ile vitreus arasında yer alır ve lensin ekvatorunun etrafına 360 derece yapışmış halde bulunan zonül lifleri, lensi silyer cisme bağlar. Bu lifler lensi yerinde tutar ve silyer kasın gerdirici kuvvetini iletir. Arka yüzü ön yüzünden daha konveks olmak üzere bikonveks bir yapıya sahip olan lens anatomik olarak, kapsül, epitel ve liflerden oluşmuştur. Kollojen-elastik yapıdaki kapsül lensi tamamen çevreler esas olarak tip IV kollojen ve glukoproteinden yapılmıştır. Lens epiteli ön kapsülün altında tek sıra halinde dizilmiş hücrelerden oluşmuştur. Ekvator bölgesinde bulunan aktif epitel hücreleri yaşam boyu bölünerek lens liflerine dönüşürler. Ekvator bölgesinin dışında bulunan epitel hücreleri ise bölünmez. Görevleri hümör aköz ile lens arasındaki

madde alışverişini sağlamak ve kapsül materyalini salgılamaktır. Lens liflerini oluşturma üzere, epitel hücrelerinin farklılaşması, çeşitli yapısal ve moleküler değişikliklerle olur. Yeni oluşan lens epitel hücresinin bir ucu öne, diğer ucu arkaya doğru ilerleyerek, benzer şekilde uzayan diğer lens lifleriyle ön ve arkada birleşerek sütün çizgilerini oluşturur. Korteksi oluşturan liflerin kesitleri hegzagonaldir. Embriyonel hayattan itibaren yaşam boyu üretilen lifler merkezden dışa doğru, emriyonel çekirdek, fotal çekirdek, infantil çekirdek, erişkin çekirdek bölgelerinin oluşmasına yol açar (Aydın ve Akova 2001; Özkan ve ark. 2007).

Lensin üç görevi vardır; saydam ortam sağlayarak ışığı retinaya iletmek, kırıcı ortam sağlayarak ışığı retinanın üstüne odaklamak (lens yaklaşık 16-20 dioptrilik kırma gücüne sahiptir ve uyum ile farklı uzaklıktaki cisimleri retinanın üstüne odaklamaktır (Gözüm 2012).



Şekil 5. Göz Lensi

(http://www-ssrl.slac.stanford.edu/research/highlights_archive/mets_oxidation.html, Erişim Tarihi: 14.02.2015)

Lensin kırıcılık indeksi 1.41, kırma gücü ise yaklaşık +19-20 dioptridir. Genç lens görülebilen ışığın (400-700) yaklaşık %90'ını retinaya geçirir. Yaşlanma ile retinaya geçirilen ışık miktarında azalma olur. Lens, gözün odaklanma esnasında kırma gücünü değiştirme yeteneğine sahiptir. Silier adalenin kasılmasıyla Zinn liflerindeki gevşeme, elastik lens kapsülü aracılığıyla lens liflerine iletilir, liflerde kıvrımlaşma olur, lensin ön-arka çapı uzayarak kırma gücü artar. Akomodasyon (uyum) olarak bilinen bu olaya lens pasif olarak katılır. 40'lı yaşlardan itibaren uyum yeteneği zayıflamaya başlar ve yakın okuma güçlüğü ortaya çıkar. Lens hastalıklarında semptomlar uzak ve/veya yakın görmede bozulma, çift veya çoklu görme, ışıktan rahatsız olma, renk algılamada değişiklikler şeklinde olup, bu semptomlar ayrı ayrı veya bir arada bulunabilir. Lens sinir lifi içermediği için, bu

semptomların bulunmasına karşın ağrı olmamaktadır. Lens saydam yapısıyla ışık ışınlarının tamamına yakınına saçılmadan geçirirken aynı zamanda kırarak retina üstünde odaklaşmasını sağlar. Lensin geçirgenliğinde azalmaya ve ışınların saçılmasına yol açan her türlü opasite katarakt olarak adlandırılmaktadır (Unur ve ark. 2005; Özkan ve ark. 2007; Erdil ve Elbaş 2012).

Lensteki enerji üretimi hemen tamamen glukoz metabolizmasına bağımlı olarak işlev görür. Glikoz ve diğer bazı şekerler lense basit difüzyon ve kolaylaştırılmış difüzyon ile girerler. Elde edilen enerjisinin %70'i anaerobik glikolizden elde edilmektedir. Krebs siklusu ile oluşan aerobik metabolizma epiteliumla sınırlıdır. Glikoliz düzeyi heksokinaz miktarı ile sınırlıdır. Yaşlanma ile heksokinaz azalır ve enerji üretiminde azalmaya neden olur. Bunun sonucunda elektrolit metabolizmasının kontrolü de güçleşir. Glikoliz sonucu oluşan laktik asitin büyük kısmı da Krebs siklusunda kullanılmaktadır. Krebs siklusu ile lensteki toplam glükozun sadece %3'ü metabolize edilir. Lensin toplam enerji ihtiyacının %20'si bu yolla sağlanır. Açığa çıkan karbondioksit ise basit difüzyon ile aköze geçer (Aydın ve Akova 2001; Unur ve ark. 2005; Özkan ve ark. 2007; Erdil ve Elbaş 2012).

Enerji üretiminde kullanılan diğer bir yol ise heksosmonofosfattır. Bu yolla üretilen ATP miktarı az olmakla beraber sonuçta oluşan nikotinamid adenin dinükleotid fosfat (NADPH) sorbitol yolu ve oksidasyonun önlenmesinde önemli bir enzim olan glutatyon redüktazın sentezinde kullanılmaktadır (Aydın ve Akova 2001; Unur ve ark. 2005; Özkan ve ark. 2007; Erdil ve Elbaş 2012).

Glukozun metabolize edilmesinde kullanılan bir başka yol da sorbitol yolu olup %5 oranında gerçekleşmektedir. Bu yolla glukoz önce aldoz redüktaz enzimi ile sorbitole sonra da polyol dehidrogenaz aracılığı ile dışarı diffüze olabilen früktoza dönüştürülür. Sorbitolün, difüzyonunun düşüklüğü nedeniyle, lensin ozmotik etki ile lensin su çekerek şişmesi sonucunda özellikle diabetik katarakt gelişiminde önemli rolü olduğu bilinmektedir (Aydın ve Akova 2001; Unur ve ark. 2005; Özkan ve ark. 2007).

Erişkin insan lensinin %65- 66'sını su oluşturmaktadır. Bunun %80'i kapsülde bulunmaktadır. Nükleusa doğru gidildikçe oran düşmektedir. Hücre içi suyun regülasyonu büyük ölçüde sodyum ve potasyum gibi monovalan katyonlara bağımlıdır. Na-K dengesi lens epitelindeki aktif bir katyon transport mekanizması ile sağlanmaktadır. Na pompası en önemli transport mekanizmasıdır. Lenste de hücre membranı K^+ 'a karşı Na^+ 'dan daha geçirgendir. Lenste Ca ve Mg da denge içinde

bulunurlar. Proteinler lens ağırlığının %33-35'ini oluşturur (Hawks and Keene 2001; Aydın ve Akova 2001). Proteinler esas olarak çözünebilen kristalin ve çözünemeyen proteinler olarak iki kısımdır. Çözünebilen kristalin proteinler üç gruptur. Bunlar alfa, beta ve gamma fraksiyonlardır. Alfa kristalin en büyük molekül yapısına sahip olup doğumdan önce oluşur, yaşam boyunca mevcuttur ve embriyonik lens proteini olarak bilinir, çözünemeyen proteinler ile yakın ilişki içindedirler. Yaşlandıkça alfa kristalin miktarı azalır, çözünemeyen proteinler artar. Gamma kristalin en düşük oranda bulunur ve soğuk kataraktının oluşmasında rol oynar. Katalaz ve süperoksit dismutaz gibi detoksifikasyon enzimlerinin yanı sıra glutatyon bu kademelerde önemli görevlere sahiptir. Bu mekanizmaların bozulması katarakt gelişiminde önemli rol oynar (Hawks and Keene 2001; Aydın ve Akova 2001).

2. 4. KATARAKT BELİRTİLERİ VE TANIDA KULLANILAN TESTLER

Lensin değerlendirilmesinde gerekli en güvenilir yöntem biyomikroskopidir. Kataraktlar; basamaklı, ağrısız, ilerleyen görme kaybı oluşturur ve çoğu hasta bu görme problemlerinin farkında olmazlar. Hastalar semptomlarını çoğunlukla, bulutlu veya sisli görme, bulanık görme veya gözün önünden bir şeyler uçuşmuş şeklinde tanımlamaktadırlar. Çoğu kataraktlı hasta yansımalarından yakınıdır. En belirgin şikâyet görmenin azalmasıdır. Arka kortikal ve arka subkapsüler kataraktlarda küçük de olsa nodal noktaya yakınlık nedeni ile uzak ve yakın görme çok azalır. Kataraktlı hastalar sıklıkla ışık yansımalarından şikâyet ederler buna ışık kamaşması denir. Göz kamaşması sık bir şikâyet olup özellikle araba kullanırken sorun yaratabilir (Aydın ve Akova 2001; Spalton 2007).

Fizik muayenede; görme keskinliği, aydınlık görme keskinliği, kontrast duyarlılık, göz eklerinin muayenesi, pupiller reaksiyonlar, konfrontasyon testleri, ışık projeksiyonu, biyomikroskop muayenesi, oftalmoskopi yapılmaktadır. Preoperatif ölçümler; refraksiyon, biometri, spekül mikroskop B-scan ultrasonografi yer almaktadır (Aydın ve Akova 2001; Kaymakçı 2011; Erdil ve Elbaş 2012).



Şekil 6. Göz Muayenesi

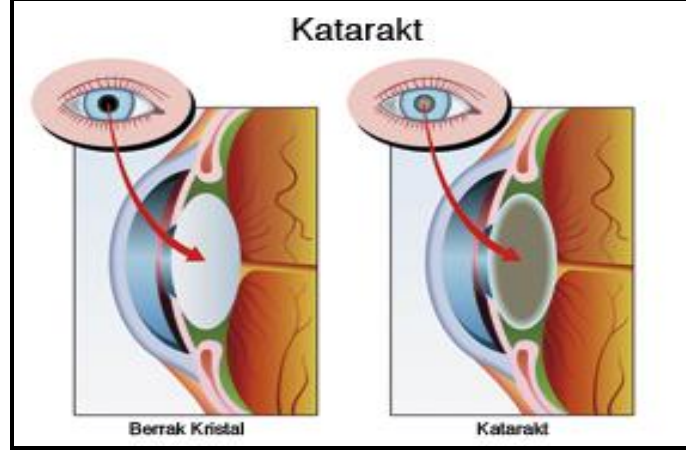
(<http://www.posta.com.tr/saglik/bebek-cocuk/HaberDetay/Cocuklara-goz-muayenesi-sart-.htm?ArticleID=214921>, Erişim Tarihi:15.02.2015)

2. 4. 1. Katarakt Oluşumu

Tam ilerlemiş katarakta görme tamamen kaybolur. Katarakt genellikle yaşlılık hastalığı olarak bilinir. Kataraktlı hastaların %90'dan fazlası 60 yaşın üstündeki kişilerdir. Ancak 50 yaşın altındaki kişilerde görülen kataraktlar genetik olabileceği gibi bazı metabolik bozukluklar, travmatik nedenler ya da kullanan ilaçlara bağlı olabilirler. Yeni doğan bebeklerde konjenital katarakt görülebilir (Özkan ve ark. 2007; Kaymakçı 2011).

Artan yaş katarakt prevalansını da artırmaktadır. Prevalans 40 yaşından sonra her dekada iki katına çıkarak artar. Altmış beş yaş civarında katarakt prevalansı %5 iken, 75 yaşında %50'ye yükselir. Tüm dünyada her yıl 5-10 milyon görmeyi azaltacak düzeyde yeni katarakt olgusu ortaya çıktığı görülmektedir (Gözüm 2012).

Normal sağlıklı bir lenste askorbik asit, glutatyon peroksidaz, süperoksit dizmutaz, katalaz ve peroksidaz gibi aktif ve etkili antioksidan maddeler mevcuttur. Oksidatif stresin arttığı ya da antioksidan maddelerin azaldığı dokularda moleküler ve fonksiyonel hasar başlar, lens metabolik aktivitesi çok yavaş olduğu için, metabolik aktivitesi normal olan dokularda kolayca tolere edilebilecek hafif düzeydeki kronik streslerden daha fazla etkilenir. Lensteki oksidatif stres lipidlerin oksidasyonuna yol açarak, elektrolit transportunu bozar, hücre membranını eritir. Lipoproteinleri değiştirir, lens kapsül geçirgenliğini artırır, lens rengini değiştirir, lense opasifikasyonlara ve lentiküler DNA'da hasara neden olur (Fırat 1990; Özkan ve ark. 2007; Kaymakçı 2011).



Şekil 7. Katarakt Oluşumu

(<http://www.sagliktanabiz.com/haberler/katarakt-nedir.html>, Erişim Tarihi: 16.02.2015)

2. 4. 2. Katarakt Türleri

Kataraktlar opasitenin yerleşim yeri göz önüne alınarak morfolojik ya da etiyojilerine göre önüne alındığında kataraktlar yedi ana başlık altında toplanırlar;

1. Konjenital katarakt
2. Gelişimsel ve juvenil katarakt
3. Senil katarakt
4. Patolojik katarakt
5. Travmatik katarakt
6. Komplike katarakt
7. Sekonder katarakt (Fırat 1990; Aydın ve Akova 2001; Özkan ve ark. 2007).

2. 4. 2. 1. Konjenital katarakt

Doğum sırasında mevcut olan ya da doğumu takiben bir ay içerisinde gözlenen kataraktlar konjenital (doğumsal) kataraktlar olarak adlandırılırlar (Aydın ve Akova 2001; Özkan ve ark. 2007).

2. 4. 2. 2. Gelişimsel ve juvenil katarakt

Çok fazla görme bozukluğu yapmayan, genellikle kalıcı ve nedeni belli olmayan katarakt grupları içindedir. Presenil kataraktlar olarakta isimlendirilebilirler. Opasiteler çoğunlukla lens periferini tutar ve çok yavaş ilerlerler. Bazende konjenital aksiyel opasiteleri içerebilirler. Böylece görme etkilenebilir (Aydın ve Akova 2001; Spalton 2007).

2. 4. 2. 3. Senil katarakt

Genellikle 30-40 yaşlarından sonra ortaya çıkan kataraktlardır. Senil kataraktlar lens opasitesinin yerleştiği tabakalara göre iki ana bölümde incelenirler; nükleer ve kortikaldır (Aydın ve Akova 2001; Spalton 2007).

Senil katarakt en sık görülen tiptir, travmatik katarakt, konjenital katarakt ve sekonder katarakt daha az görülür. Yaşlanmayla birlikte lensin lükleusu büyür ve sertleşir, lens opaklaşır. Yaşlılık kataraktında, gittikçe artan bulanık görme tek belirtidir. 80 yaşındaki bireylerin %85'inin lenslerinde bir miktar opaklaşma vardır. Vakaların çoğunda katarakt iki taraflıdır, fakat iki gözdeki ilerleme hızı eşit değildir. Yaşlılık kataraktı genellikle yıllar süren bir devre içinde ilerler. Kataraktın başlangıç devresinde, uzak görmeyi bulanık olmasına karşın, yakın görme bir dereceye kadar düzelir. Böylece bu hastalar yakında gözlüksüz daha iyi görmeye başlarlar. Bu durum lensin katarakt oluşmasının başlangıç devresinde daha hızlı kırıcı olması nedeniyledir. Yaşlılık kataraktı dört dönemde gelişir;

1. Başlangıç Dönemi: Lenste hafif bir bulanıklık vardır.

2. Şişkinlik (Entümessan) Dönemi: Lensteki su en üst düzeydedir ve lens kapsülü genişlemiştir.

3. Olgunluk Dönemi: Lensin tümü opaklaşmıştır.

4. Olgunluk Üstü Dönem: Lensten su dışarı sızar, lens dehidrate olur, opak bir lens ve buruşuk kapsül görünümü ortaya çıkar. Katarakt derecelendirilmesinde esas olarak, görme keskinliğinin saptanmasıyla karar verilir. Genellikle görme keskinliğinin azalması, doğrudan doğruya kataraktın yoğunlaşmasıyla ilişkilidir. Günümüzde henüz katarakt gelişimini engelleyecek veya bulanıklaşan lense tekrar saydamlaştıracak tedavi yöntemi bulunamamıştır. Kataraktın tedavisi, opaklaşmış lensin cerrahi olarak çıkarılması ve yerine yapay göz içi merceği takılması işlemidir (Özkan ve ark. 2007; Kaymakçı 2011).

2. 4. 2. 4. Nükleer katarakt

Yaşla birlikte lens nükleusunun sertleşmesi ve renginin koyulaşması söz konusudur. Lensteki fizyolojik sklerotik değişikliklerin bir sonucudur. Lensin yoğunluğu ve kırma indeksi artar. Psödomiyopi gelişir. Başlangıç evrelerde konkav camlarla düzeltilebilen görme keskinliği sklerotik değişikliklerin artması ile giderek azalır. Bu sklerotik değişim çok yavaş olur. 5-10 seneyi bulmaktadır. İlk başlangıç dönemlerinde ve santral nükleustaki küçük opasitelerde monooküler diplopi şikâyeti

ve ileri dönemlerde renk tonu ayrımlarında güçlük gözlenebilir (Aydın ve Akova 2001; Özkan ve ark. 2007).

2. 4. 2. 5. Kortikal katarakt

Lensin kortikal tabakalarında gözlenirler. Lensin hidrasyonu artar. Lens sıvıyı humor aközden absorbe eder. Bu lens protein moleküllerinde ve aminoasit komponentlerindeki yıkıma veya lens kapsülündeki permeabilite atımına bağlı olarak ortaya çıkar. Korteks bulanıklaşır (Fırat 1990; Aydın ve Akova 2001).

2. 4. 2. 6. Küneiform katarakt

En sık görülen tipidir. Opasiteler derin korteksin perifer kısmından gelişir. Ekvator hizasında ön ve arkaya aksiyel olarak nükleus santraline doğru ilerleyen kama şeklinde opasitelerle karektizedir. Lensteki opasitenin tam olmadığı bu dönem insipient ya da immatür katarakt olarak değerlendirilir. Gelişimin ilerleyen safhalarında korteks giderek şişer, lensin boyutları artar ve lens tümüyle şişkin parlak kapsülü gergin bir hal alır. Bu dönem entümesan katarakt olarak adlandırılır. Daha sonraki evre tüm lensin kesifleştiği ve sarı renk aldığı matür (olgun) katarakt evresidir. Lense bu dönemde cerrahi girişim yapılmayacak ise lens lifleri otolize uğrar, lens su içeriğini kaybetmeye başlar. Kapsülde mikroperforasyonlar ve kalsifikasyonlar oluşur (Aydın ve Akova 2001; Kaymakçı 2011).

2. 4. 2. 7. Patolojik katarakt

• Diyabetik katarakt

En sık rastlanan patolojik kataraktlardandır. Diyabetik zeminde veya doğrudan diyabete bağlı olarak gelişebilir. Yaş ve diyabet süresi katarakt gelişiminde önemli faktörler arasındadır. Kadınlarda erkeklerden daha sık gözlenir.

• Galaktozemi

Başlangıçta kortikal vakuoller yağ damlası kataraktı gözlenirken daha sonra hidrasyonun artması ile lameller katarakt ve yotal katarakta döner.

• Hipokalsemik katarakt

İdyopatik veya tiroidektomi sırasında fark edilmeden paratiroidlerin de çıkartılmasına bağlı olarak gelişir. Katarakt genellikle 20-40 yaşları arasında görülür.

- **Hipotiroidi**

Ön arka subkapsüler kortekste görmeyi küçük kristal taneciklerden oluşan opasiteler gözlenir.

- **Miyotonik katarakt**

Doğumsal ya da 20-30 yaşları arasında görülür. Erken evrede posterior subkapsüller kortekste ince bir tabaka şeklinde yaygın opasite görülür. İkinci evrede opasiteler arka kutuptan stellat lezyonlar oluşturarak yoğunlaşır.

- **Wilson hastalığı**

Ön subkapsüler kortekste parlak kırmızı kahverengi ya da kalverengi toz şeklinde opasitelerden oluşur.

- **Sindermatotik katarakt**

Deri hastalığı ile birlikte görülen kataraktlardır. Atopik dermatit, Kataraktın en sık görüldüğü deri hastalığıdır. Etiyolojisinde alerjinin rol oynadığı düşünülür. Rothmund sendromu, hayatın ilk yılında görülen nadir bir deri hastalığıdır. Genellikle kadınlarda görülür. Werner sendromu, endokrin bozuklukları, gelişme geriliği, osteoporoz erken yaşlanma yanı sıra katarakt mevcuttur.

- **Kemik hastalıkları ve katarakt**

Paget hastalığı, Crouzon hastalığı, Pierre robin sendromu, oksisefalide katarakt görülebilmektedir.

- **Osmotik katarakt**

Vücut sıvılarının ozmolaritesinde akut yada kronik olaylara bağlı ileri derecedeki değişikliklerde gözlenen kataraktlardır.

- **Toksit ve nutrisyonel katarakt**

Aminoasit vitamin eksiklikleri ya da kimyasal madde ve ilaçların rol oynadığı kataraktlardır (Fırat 1990; Aydın ve Akova 2001; Özkan ve ark. 2007; Kaymakçı 2011).

2. 4. 2. 8. Travmatik katarakt

Delici künt, yabancı cisimlerle beraber olan travmalar ve sonrasında veya ultrason, elektrik, yüksek ısı veya soğuk, ultraviyole, radyasyon gibi fiziksel etkilerle oluşan kataraktlardır (Fırat 1990; Aydın ve Akova 2001; Özkan ve ark. 2007).

2. 4. 2. 9. Komplike katarakt

Bir göz hastalığının seyri sırasında ya da sonucu olara ortaya çıkan kataraktlardır. Üveitler, glokom, göz içi tümörleri, esansiyel iris atrofisi, yüksek miyopioküler iskemik hastalıklar katarakta neden olabilirler (Fırat 1990; Aydın ve Akova 2001; Özkan ve ark. 2007).

2. 4. 2. 10. Sekonder kataraktlar

Ekstrakapsüler katarakt ameliyatlarından sonra arka kapsülde yeniden oluşan opasiteler bu şekilde isimlendirilir. Bu opasiteler kapsül bariyerleri, kapsülolentiküler kalıntılar ya da pigment, hemoraji ve eksüda artıklarına bağlı elemanların arka kapsül üzerinde birikimi ile oluşurlar. Eğer ameliyat sırasında lens tümüyle temizlenemez ya da lensin periferinde ön ve arka kapsül arasındaki lens lifleri kalacak olursa erken dönemde sekonder katarakt görülür (Fırat 1990; Aydın ve Akova 2001; Özkan ve ark. 2007).

2. 4. 3. Katarakt tedavisi

Karaktın tek tedavisi cerrahidir, ilaçla tedavisi yoktur. Görmenin bozulması, hastanın günlük yaşam aktivitelerini etkilemeye başladığında “lens ekstraksiyonu (çıkarılması)” gerekir. Katarakt cerrahisinin amacı görme keskinliğinin artırılmasıdır. Cerrahi kararı görme keskinliğinden çok hastanın yaşama devam etmesi için ihtiyaç duyulan görme seviyesine göre verilir (Norman ve ark. 1997; Aydın ve Akova 2001; Erdil ve Elbaş 2012).

2. 4. 3. 1. Katarakt cerrahisinin tarihçesi

İlk cerrahi müdahalelerin Hindu tıbbında uygulandığı bilinmektedir. Patoloji ilk MÖ. 1000 yıllarında Mısırlılar tarafından tanımlanmış ancak eski Babil, Mısır ve Yunan tıbbında kataraktın tedavisi görülmemiştir. Hindu Susruta uyguladığı mil çekme yönteminde; skleradan keskin bir bıçakla girilir ve başka künt bir aletle lens vitreus içine itilir. Bu yöntem 1950’li yıllara kadar Anadolu’da da hekim olmayan kehhaller tarafından da uygulanmıştır. Halk arasında kırılma da denilen kehhallerin en meşhuru 1225’te yaşamış olan İbrahim bin İsmail bin Mehmed’tir. On sekizinci yüzyılda birçok cerrah kadavralarda yaptığı ameliyatlara lensi gözün dışına çıkarmayı başarmışlar, ancak canlı bir hastada ilk katarakt ekstraksiyonunu gerçekleştiren Fransız Daviel olmuştur. 1752’de yaptığı ameliyatta gözün alt

yarısından açtığı limbal insizyonla lense göz dışına çıkarmıştır. 1773'te İngilterede Sharp intrakapsüler tekniği uygulamış, 1860'ta ise Von Graefe ilk kez üst libustan yaklaşımlı ekstrakapsüler cerrahi gerçekleştirmiştir. Korneal kesinin suturelanması ilk defa 1867'de Williams tarafından denenmiş, 1940'ta kapsülü vakumlayan rezifaki Barraquer kullanmıştır (Aydın ve Akova 2001; Helvacıoğlu ve ark. 2014).

1949 yılında İngiltere'de Ridley, ameliyat mikroskobu kullanarak ilk defa ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (EKKE) ameliyatının sonunda arka kamaraya akrilik bir lens yerleştirmiştir. Bu katarakt cerrahisindeki en önemli dönüm noktalarından biri olmuştur. 1951 yılında İtalyan Strampelli ilk defa ön kamara lensini kullanmıştır. Günümüzde cerrahi sistemlerin çoğunda kullanılan fakoemülsifikasyon ise 1967 yılında Amerikalı Kelman tarafından icat edilmiştir. 1975 yılında Hollandalı Binkhorst iris-pupil destekli göz içi lensleri (GİL), katlanabilir lensler ise 1984 yılında Amerikalı Mazzocco ve Güney Afrikalı Epstein tarafından kullanılmıştır. 1991 yılından beri katarakt cerrahisi refraktif amaçlar için de uygulanmakta ve 1997 yılından beri uyum yapan lensler kullanılmaktadır (Helvacıoğlu ve ark. 2014).

Katarakt cerrahisi oftalmik cerrahinin %70 ini oluşturur. Batılı ülkelerde nüfustaki 1000 kişi için yaklaşık 4 ile 6 ameliyat gerçekleştirilmektedir. Ciddi komplikasyonlar oluşmamaktadır. En ciddi komplikasyonlar enfeksiyon, arka segment komplikasyonları ve arka kapsülün yırtılmasına bağlı oluşan sorunlardır (Aydın ve Akova 2001).

2. 4. 3. 2. Katarakt cerrahisi tipleri

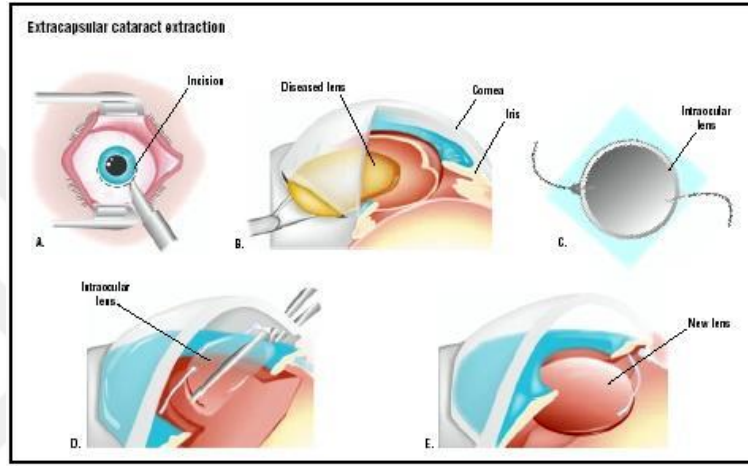
1. İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
2. Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyon (EKKE)
3. Fakoemülsifikasyon (FAKO)

2. 4. 3. 2. 1. İntrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu

İntrakapsüler katarakt ameliyatında, lens materyali lens kapsül bütünlüğü bozulmadan forseps veya kriyo yardımı ile dışarıya alınmaktadır. Zonül desteğine sahip olmayan lenslerde tercih edilebilmektedir. İntrakapsüler katarakt ameliyatı entümesan, hiperdür, lükse ve sublükse kataraktlar için endikedir. Çocuk ve genç erişkin kataraktlarında travmatik kapsül rüptürü olan olgularda intrakapsüler cerrahi kontraendikedir (Fırat 1990; Aydın ve Akova 2001; Tamçelik 2004).

2. 4. 3. 2. 2. Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu (EKKE)

Ekstrakapsüler cerrahi nükleus doğrultularak veya fakoemülsifikasyonla gerçekleştirilir Periferik saydam kornea üzerinde vertikal kesi yapılır. Ön kapsül canopener veya kapsüloreksis tekniklerinden biriyle açılır. Korneadaki kesi büyütülüp nükleus dışarı alınır. Korteks materyali irrigasyon aspirasyon ile temizlenir. GİL kapsül içine veya sulkusa yerleştirilir. Kesi 10/0 polyamid veya 8/0 ipek suturele tek tek veya kontinü olarak kapatılır. Ekstrakapsüler cerrahi için zonüler bütünlük gereklidir (Aydın ve Akova 2001; Tamçelik 2004).



Şekil 8. Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyon

(<http://www.surgeryencyclopedia.com/Ce-Fi/Extracapsular-Cataract-Extraction.html>, Erişim Tarihi: 17.02.2015)

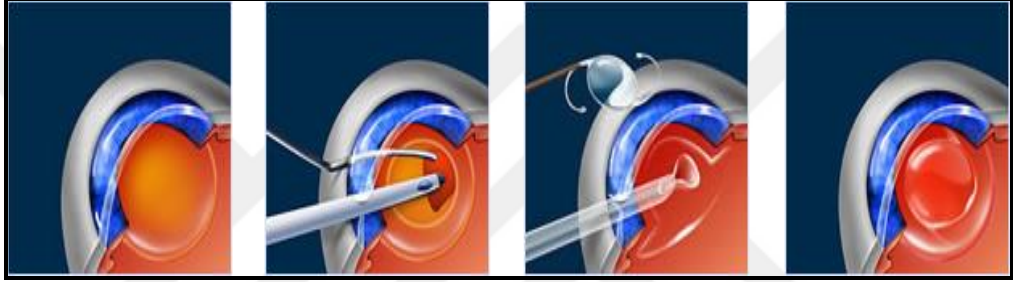
2. 4. 3. 2. 3. Fakoemülsifikasyon (FAKO)

Fakoemülsifikasyon ultrason aracılığıyla lens materyalinin parçalara ayrılarak temizlenmesini sağlayan kapalı sistem EKKE cerrahisidir. Fakoemülsifikasyon cihazları temel olarak üç ana sistemden meydana gelmektedir. Bunlardan ilki kataraktlı lense emülsifiye ederek kırmak için kullanılan ultrason enerjisidir. Bu sayede yaklaşık 10 mm boyutlarındaki kataraktlı lens küçük parçalara ayrılarak 2-3 mm'lik kesilerden temizlemek mümkündür (Aydın ve Akova 2001; Tamçelik 2004).

Fakoemülsifikasyon cihazının ikinci kısmı ultrason etkisiyle oluşan parçacıkları emmek ve ön kamara derinliğini korumak için gerekli olan sıvı irrigasyonunu sağlayan askılı şişe sistemidir. Bu sistem ile göze giren irrigasyon sıvısı, ultrason enerjisi ile kataraktlı lensin parçalanması esnasında ortaya çıkan ısının göz içi dokulara hasar vermesini önlemektedir (Aydın ve Akova 2001; Tamçelik 2004).

Üçüncü ve son sistem ultrason enerjisinin itme etkisiyle parçalara ayrılan lens materyalini fakoemülsifikasyon cihazı elciğinin ucundan ayrılmasını önleyerek emen ve bu işlemi gerçekleştirirken ön kamaranın derinliğinin kaybolmasını önleyen aspirasyon sistemidir. Bu üç sistem ayak pedalı ile kontrol edilmektedir (Aydın ve Akova 2001; Tamçelik 2004).

Fako elceğinin işlevi ultrasonik enerjiyi oluşturma, iletme ile irrigasyon ve aspirasyonu sağlamaktır. Gövde kısmı elektrik enerjisini ultrasonik enerjiye dönüştüren, piezoelektrik ya da magnetostriktif sistemi içerir. Güç kaynağı ile irrigasyon ve aspirasyon boruları da gövdeye bağlıdır. Ultrason enerjisi elceğin ucundaki iğne vasıtasıyla nükleusa iletilir (Aydın ve Akova 2001; Tamçelik 2004).



Şekil 9. Fakoemülsifikasyon (FAKO)

(<http://www.erialasereye.com/pennsylvania/cataract-surgery.htm>, Erişim Tarihi: 17.02.2015)

⇒ **Fakoemülsifikasyon ameliyatı esnasında oluşan komplikasyonlar**

- Arka kapsül rüptürü
- Nükleusun vitreusa düşmesi
- Suprakoroidal kanama
- Ön kapsüloreksis kenarı rüptürü
- Kornea yanığı
- Descement membranının ayrılması
- İris travması

⇒ **Fakoemülsifikasyon ameliyatı sonrası erken komplikasyonlar**

- İris prolapsusu
- Striat keratopati
- Hifema
- Hipopiyon ve fibrin reaksiyonu
- Akut bakteriyel endoftalmi

⇒ Fakoemülsifikasyon ameliyatı sonrası geç komplikasyonlar

- Kornea dekompanasyonu
- GİL'nin malpozisyonu
- Arka kapsül kesafeti
- Kistoid maküler ödem
- Retina dekolmanı
- Gün batımı sendromu
- Kronik endoftalmi
- Üveit
- Glokom (Aydın ve Akova 2001; Tamçelik 2004; Spalton 2007).

2. 4. 4. Katarakt Cerrahisi ve Anestezi

Katarakt cerrahisi genel anestezi ya da lokal anestezi altında gerçekleştirilmektedir. Lokal anestezinin genel anesteziye göre daha çok avantajı bulunmaktadır. Konfüzyon, kusma, postural hipotansiyon gibi metabolik etkiler daha az oluşmaktadır. Kataraktı bulunan ileri yaş grubundaki hastalarda geçirilmiş miyokard infarktüsü öyküsü ve koroner arter hastalığı insidansı yüksektir. Bunun yanı sıra solunum sistemi hastalıkları, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve kardiyak aritmilere de sık rastlanmaktadır. Bu hastalar, genel anestezi altında ameliyat edildiklerinde lokal anesteziye göre daha sık ve ciddi komplikasyonlarla karşılaşabilirler (Hodgkins ve ark. 1992).

Çoğu katarakt cerrahisi lokal anestezi altında ve gününbirlik olarak gerçekleştirilmektedir. Anestezi tipine karar verilirken hasta güvenliğini düşünmek önemli olduğu kadar, cerrahın konforu da göz önüne alınmalıdır. Lokal anestezi rahatlığı ve sistemik yan etkilerinin olmayışı nedeniyle daha fazla tercih edilmelidir (Benjamin 2009).

⇒ Lokal Anestezi Komplikasyonları;

- Subkonjunktival ödem
- Ekimoz
- Retrobulber hemoraji
- Glob penetrasyonu-perforasyonu
- Görme kusuru
- Ekstraoküler kasların etkilenmesine bağlı komplikasyonlar
- Optik sinir kılıfı penetrasyonu

- Okülokardiyak refleks (Rubin 1995).

Lokal enjeksiyon anestezisi için elektrokardiyografi, pulse oksimetre takibi ve intravenöz yolun açılmış olması gereklidir. İşlem esnasında kan basıncı monitörizasyonu da yapılmalıdır. Hastalara ayrıntılı açıklama yapılsa bile bazı hastalarda ameliyata bağlı anksiyete oluşabilmektedir (Barash 1997; Benjamin 2009).

Anksiyeteli hastaları rahatlatmak için genellikle intravenöz 1-2 mg midazolam yeterli olmaktadır. Genel anestezi demans nedeniyle kooperasyon problemi olan hastalarda kullanılabilir. Yetersiz sedasyon uygulanması durumunda ameliyat esnasında hasta hareketlenebilir. Fazla sedasyon ise hava yolu obstrüksiyonuna neden olabilir. Ameliyat esnasında dikkatli monitörizasyon ve sedasyon gereklidir (Barash 1997; Benjamin 2009).

Ayaktan uygulanan cerrahi girişimlerde, kısa etkili anestezi ilaçlarındaki gelişmeler ve hava yolunun larengeal maskeler ile sağlanması nedeniyle genel anestezi kullanılmaktadır. Bu ajanlar arasında kısa ömürlü kas gevşeticiler olan atracurium, vecuronium, alfentanil ve propofol yer almaktadır. Bu ajanlar ameliyat sonrası hastaların aynı gün taburcu olmalarını sağlamaktadır. Benzer şekilde sevoflurane'de gibi inhalasyon anestezisi de hızlı etkisi ve hızlı yıkımı nedeniyle kullanılmaktadır. Katarakt ameliyatında genel anestezinin avantajı; anestezi ve ameliyatın hatırlanmamasıdır. İletişim kurulamayan veya koopere olamayan hastalarda lokal anestezinin neden olabileceği zorlukları da ortadan kaldırmaktadır. Genel anestezi uygulamasında hastaya hiperventilasyon uygulanarak, koroidal kan akımı azaltılıp, intraoküler basınç düşürülerek göz içi basıncı da daha iyi kontrol edilebilmektedir. Ameliyat esnasında cerraha tamamen hareketsiz bir göz ve hasta sağlayarak ameliyatı kolaylaştırmaktadır. Komplikasyon oranı azdır (Barash 1997; Benjamin 2009).

2. 4. 5. Katarakt Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı

Katarakt ameliyatı öncesi hemşire, hastanın sistemik hastalığı olup olmadığını belirlemeli ve evdeki bakımına yönelik bilgi vermelidir. Hastanın korku ve endişelerini açıklamasına fırsat verilmeli ve gerekli açıklamalar yapılmalıdır. Ameliyat öncesi, ameliyat yapılacak gözde pupil dilatasyonu yapılır. Gerekirse sedatif ilaçlar verilir (White ve Duncan 2002; Kaymakçı 2011).

Ameliyat sonrası bakımda genel kural; göz içi basınç artmasının, kanamanın ve enfeksiyonun önlenmesidir. Katarakt ameliyatı sonrası hasta göz çevresinde ağrı duyabilir. Ağrıyı gidermek için analjezik verilir. Hastanın gözü ameliyat sonrası kapatılır. Bu konuda hasta önceden bilgilendirilmiş olmalıdır. Gözlerin ovuşturulmaması gerektiği anlatılmalıdır. Bu süre içerisinde bulantı ve kusma olursa izlenmeli ve devam ederse hekime bildirilmelidir. Kusma sonucu intraoküler basınç artabilir. Kusmayı önlemek için antiemetikler verilebilir (White ve Duncan 2002; Kaymakçı 2011).

Ameliyat sonrası antibiyotikli ve steroidli damlalar kullanılır. Özellikle intraoküler lens yerleştirilmiş olan hastalarda pupillayı genişleten ilaçların kullanılması ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Bu konuda hemşire çok dikkatli olmalıdır. Enfeksiyonun önlenmesi gerekir. İlaçların uygulanması ve saklanması aseptik kurallara uyulmalıdır. Hastanın gözündeki pansumanların iç kısımlarına dokunmaması söylenmeli, gözde biriken sekresyon ve pomat artıkları steril bir aplikatörle içten dışa doğru temizlenmelidir. Gözlük kullanan hastalarda ilk günlerde büyük ve yakın görme olabilir. Bu hastalarda denge bozukluğu görülebilir. Hasta düşme ve darbelerden korunmalıdır. Taburculuk öncesinde hasta eğitiminde aşağıdakiler yer almalıdır;

- Enfeksiyon ve travmayı önlemek için gözler ovuşturulmamalıdır
- İntraoküler basıncı arttıracak ıkınma, öne eğilme, ağır kaldırma, sümkürme gibi hareketlerden kaçınılması gerekir
- Saç yıkarken baş arkaya doğru eğilmelidir
- Ameliyatlı göz tarafına yan yatılmamalı, sırt üstü yatılmalıdır
- İlaçlar düzenli kullanılmalıdır
- Gazete okunabilir ve televizyon seyredilebilir (White ve Duncan 2002; Kaymakçı 2011).

2. 5. YAŞAM ENERJİSİ

Geleneksel Asya tıbbına göre, organizmada “chi enerjisi” (yaşam enerjisi) dolaşır. Sistemler ve organlarda bu enerji denge halindedir. Asya tıbbı, organizmanın sadece bir bölümüne değil; bütününe bakmaktadır. Bir hastalık oluştuğunda sadece belirtilere değil; kişinin bulunduğu ortamın bedene nasıl bir etkisi olduğuna da bakılır ve ona göre teşhis konulur. Terapide amaç iç ortamla, dış ortamın uyumunun

sağlanmasıdır. Asya tıbbında yaşam noktalarına etki eden 12 tane çift, 2 tane tek enerji kanalı vardır. Her organ ve sistemin bu düzene göre kendi yaşam enerjisi vardır. Bütün organların enerjisi birleşerek organizmanın yaşam enerjisini oluşturur. Bu enerji zaman içinde sırayla bütün organları dolaşmaktadır. Yaşam enerjisinin bu ritmik döngüsü uyumlu ise organizma sağlıklıdır. Bu döngüde ritim bozukluğu meydana gelirse hastalıklar oluşur. Her organın aktif (yüksek enerji) ve pasif (düşük enerji) dönemi vardır. Bir organın aktif olduğu durumda, başka bir organ pasif duruma geçer. “Ying-Yang” öğretisi bu enerji sistemini temsil eder. Zıt güçler sembolik olarak gösterilmektedir (Maranki ve Maranki 2009).

Ying: Negatif (-) ana başlangıç, pasif, nemli, soğuk, karanlık, saklanmış, değişken, su tarafından temsil edilmektedir. Ay ve gece gücüne sahiptir.

Yang: Pozitif (+) baba başlangıç, aydınlık, aktif, kuru, parlak, sıcak, yaratıcı olarak temsil edilir. Güneş ve ateş gücü vardır (Maranki ve Maranki 2009).

Vücutta enerji kanalları dolaşım sistemine simetriktir. Uzak doğu tıbbı 5000 yıl önce yaşam ritmi (biyoriitm) kelimesini kullanmışlardır. İnsan bir kainattır. Kainat da devamlı yayılan, büyüyen ve boyutları genişleyen bir enerjidir. Kainatta ne varsa aslında insanın kendi içinde de o bulunmaktadır. Bedenin görülmeyen başka bedenlerle bağlantılı ve irtibatta olduğunu düşünülemez. Çünkü onlar görünür konumda değildirler (Maranki ve Maranki 2009).

2. 5. 1. İnsandaki Enerji Merkezleri

Enerji merkezleri noktalarla tedavide önemli bir yer teşkil eder. Enerji merkezleri insan vücuduna dışarıdan gelen etkileri doğrudan alarak bünyenin olumlu ya da olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Maranki ve Maranki 2009).

2. 5. 1. 1. Şakra Sistemi

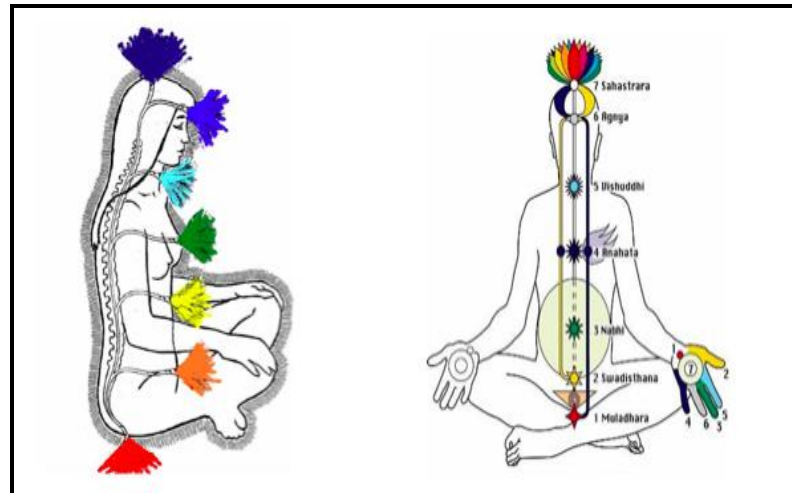
Şakra enerji sistemi demektir. Kosmozda yedi kat sema olduğu gibi vücudumuzda yedi önemli enerji merkezi ve yedi hayati salgı bezi vardır. Enerjisiz fizik beden olmaz. Enerji, fizik bedene yaşam verir, duygu ve ifade yolları kazandırır. Enerji evrende her zaman vardır ve sürekli dönüşüm halindedir. Vücut karmaşık bir enerji sistemiyle donatılmıştır. Şakralar, enerjinin çeşitli dalga boylarını enerji kanalları yoluyla insanın enerji bölgesinden, çevresinden, evrenden ve tam enerji veren yapılardan alırlar. Daha sonra bu enerjiyi fiziksel bedenin kullanacağı

frekansa dönüştürürler. Aynı zamanda çevrelerine de enerji verirler. Bu sistemle insan, çevreyle, evrenle ve farklı yaratıklarla sürekli alışveriş içinde olmaktadır.

Kozmik bilimde her insanın bedeninde farklı enerji alanları olduğu kabul edilmektedir. Bunlar esas enerji alanı olarak;

- Enterik beden
- Duygusal ya da astral beden
- Zihinsel beden
- Ruhsal ya da etkin beden olarak adlandırılmaktadır (Akar 2003; Motoyama 2004; Maranki ve Maranki 2009).

Kozmosta her şey farklı birer titreşim değerine sahip farklı bir enerji boyutundadır. Enerji merkezlerinin boyutları ve titreşim sıklıkları, çeşitli kaynaklardan alabildikleri enerjilerin miktarını ve niteliğini belirler. En önemli ve temel enerji şekli, insan sistemine “kök şakra” ve “taç şakra” yoluyla girmektedir. Enerji merkezleri çevreden kendi frekanslarına uygun titreşimleri de almaktadırlar. Enerji titreşimlerinin tam aralığı içinde bir anten gibi davranarak kişinin çevre, doğa ve evrenle bağlantı halinde kalmasını sağlarlar. Enerji merkezleri madde dünyasını aşarak enerji titreşimlerini ve verileri alıcı vazifesi görmektedirler. Enerji merkezleri doğrudan enerji yayarak, kişinin yakınındaki atmosferi değiştirirler. Bilinç ve bilinçaltı mesajlarıyla birlikte iyileştirici titreşimler de gönderebilen şakralar, insanları ve şatları olumsuz yönde de etkileyebilirler. Enerji merkezlerinin dönüş merkezlerinin dönüş bilgisi bazı terapilerde büyük rol oynamaktadır (Motoyama 2004; Maranki ve Maranki 2009).



Şekil 10. Şakra Sistemi

(<http://www.filizdurmaz.com/?p=1462>, Erişim Tarihi: 10.02.2015)

Şakraların görevleri temel olarak “aura” yapısıyla ilgilidir.

- **Kök şakrası:** Omurga ve sinir sistemlerini kontrol eder. Kök şakrası açık olduğunda kişi hayatı sever ve kendisini iyi hisseder. Kişinin cinsel içgüdüğü artar. Kök şakrası kapalı ise üretkenliği azalır.
- **Karın şakrası:** Kişinin yaratıcılığını, cinsel fonksiyonlarını ve başkalarıyla olan ilişkilerini etkiler. Karın şakrası kapalı ise bağırsaklarda sıkıntı, çabuk yorulma halsizlik olur.
- **Mide şakrası:** Duygusal bedenden direkt olarak etkilenir. Kişinin duygularını, arzularını, yaratıcılığını ve tüm ilişkilerini etkileyip yönlendirir. Mide şakrası, kişisel güç ve özgüven konuları üzerine odaklanır. Şakra kapalı ise şişmanlık, karaciğer ve sindirim problemleri çoğalmaktadır.
- **Kalp şakrası:** Bedenin en güçlü şakrasıdır. Sevgi ve şevkatin merkezidir. Başkalarından hoşlanma yeteneği ile kişinin sevgiyi alabilme ve verebilme yeteneğini ve bağışlama-affetme yeteneğini barındırır.
- **Boğaz şakrası:** İfade ve iletişim merkezidir. Yaratıcılığın ses bulduğu yerdir. Şakra kapalı ise tiroid problemleri ve astım krizi gibi rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır.
- **Göz şakrası:** Zihin gücü, sezgi gücü, hafıza, telepati ve irade merkezidir. Zihinsel ve sezgisel etkinliklerin dengede olması yaşamda sakinlik ve başarı kazandırır.
- **Tepe (Taç) şakrası:** Kişiyi evrensel yaşam gücüyle ve ilahi varlığı birleştirir. Evrensel yaşam gücü bu şakradan akarak diğer şakralara yayılır. Üst benlik, ruhsal doğa ile doğrudan bağlantılıdır. Beynin işleyişinin yanında sinir sistemi, iskelet sistemi ve dolaşım sistemi de dahil olmak üzere bedenin tüm sistemini yönettiği belirtilmektedir (Motoyama 2004; Maranki ve Maranki 2009).

2. 5. 1. 2. Aura sistemi

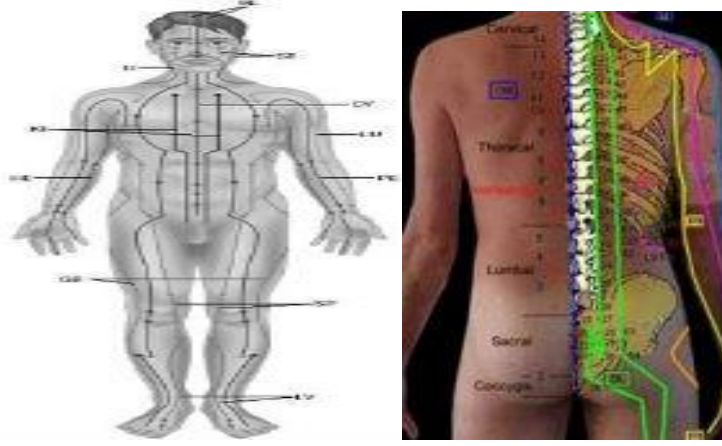
Aura canlıların etrafını saran enerji ışınları, bedenin koruyucu enerji katmanıdır. Aura vücutta enerji noktaları, enerji merkezleri olan şakralarla birlikte psişik bedeni yani fizik dışı bedeni oluşturur. Bu fizik dışı bedene "astral beden" denir. Bilimin ilerlemesiyle sahip olunan teknoloji ile birlikte Batılı araştırmacılar bu enerji alanını inceleme ve ölçme imkânı bulmuşlardır. Önceleri gizemli olan bu konu bilim dünyasında yerini almaya başlamıştır. Auradan ve insan hayatında enerji olayından ilk bahseden (Milattan önce 500) Pisagor ve arkadaşlarıdır. İnsan organizmasındaki enerjinin bedendeki iyileştirici etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. XII. yüzyılda

Boirac ve Liebeault başka insanlarla uzaktan iletişim kurmayı sağlayan bir enerjinin varlığını keşfetmişlerdir (Maranki ve Maranki 2009).

Batıda enerji hakkındaki araştırmacılar, enerjinin alanını incelemiş ve zamanla ruhsal hastalıklar başta olmak üzere birçok hastalıkların tedavisinde kullanmışlardır. Böylece insan vücudunda auranın etkisi kanıtlanmıştır. 1911 yılında Dr. William Kilner, insan aurasını renk filtresi ve ekranlar yardımıyla incelemiştir. Kilner incelediği hastaların etrafında bir ışık buğusu görmüş, bunun yoğunluğunun kişilerin cinsiyetine, zeka yapısına ve insan sağlığına göre değişiklik gösterdiğini saptamıştır (Maranki ve Maranki 2009).

New York Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu profesörlerinden Dolares Krieger ve öğrencisi Dora Kunz yaptıkları çalışmalarda; hayat enerjisi, enerji merkezleri ve enerji alanlarındaki tıkanmaların nasıl hissedebileceği ve eller ile bu alanı düzenleyerek hastaların nasıl iyileştirebileceğini göstermişlerdir (Krieger 2002).

Aurayı kuşatan yaşamsal enerji solunum ve düşünce ile vücuda alınır. Omurilik boyunca uzanan dikey enerji merkezlerinde dolaşır. Buradan omurilik boyunca aşağıdan yukarıya doğru sıralanan şakralar tarafından ödünç alınıp akupunktur noktalarına verilir. Akupunktur noktalarındaki enerji, enerji meridyenleri ile vücuda dağıtılır. İnsanın enerji alanı insan yaşamının derinlik alanı ile evrensel enerjiyi bir araya getiren bir olgudur. Meridyenler, vücutta enerji akınını sağlayan kanallardır. Bazen sinirlerle ve kan damarları ile aynı çizgiyi takip ederler, iç ortamdaki elementleri kan, hava, su dengesini kontrol edip, organların çalışmalarını düzenlerler. Kol, bacak, baş gövde arasındaki bağlantıyı kurarlar. Vücut içinde, dışarıdan içeriye, içerden dışarıya bağlantı sağlarlar. En iyi bilinenleri akupunkturun 12 meridyenidir. Her 12 meridyen çift taraflıdır (Akar 2003).



Şekil 11. Enerji Meridyenleri

(http://arsiv.indigodergisi.com/arsiv/burcin_21.htm, Erişim Tarihi: 10.02.2015)

2. 5. 1. 3. Yoğunlaşma

Yoğunlaşmada duruş şekli olarak çok eskiden beri bilinen bağdaş kurup oturmak en sık kullanılan bir oturma şeklidir. Yoğunlaşma yaparken dik oturuş şekli, bedenle bilinç arasında iyi bir iletişim kurmayı sağlar. Yoğunlaşma sırasında dik oturulmalı, uykuya dalınmamalı ve sağa sola hareket edilmemelidir. Yoğunlaşma esnasında klasik lotus şeklinde bedenin hareketsiz kalması "**psiko-fizyolojik**" enerjilerin uyum içerisinde birleşmesini sağlar. Yoğunlaşma esnasında sırtın dik durması karın, omurilik ve beyinde kan dolaşımını kolaylaştırır. Vücutun ağırlık merkezi karnın altında yer almaktadır. Burası "**hayati nokta**" olarak adlandırılır (Maranki ve Maranki 2009).

Yoğunlaşma yaparken birinci ve en önemli öge solunumdur. Yoğunlaşmada solunum jimnastiği sonucunda insan kendini daha enerjik hisseder, sinir sistemi dengeli ve sağlıklı olur, solunumla beraber rahatlama hissedilir, zihin açıklığı olur. Solunumun faydaları yüzyıllardan beridir bilinmektedir. "Kozmik enerji" semada

bulunur, yoğunlaşma esnasında solunumla birleşir, bedende psikolojik ve ruhsal güce çevrilir. Bu şekilde bedendeki denge sağlanmış olur (Maranki ve Maranki 2009).

2. 5. 2. Dokunma

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişimde kullanılan ve sözsüz iletişimin bir şekli olan dokunma, sağlık çalışanlarının hasta ile etkileşiminde birçok amaca hizmet etmektedir. Dokunma yoluyla hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, sıcaklık, içtenlik, duygudaşlık, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajlar aktarılmaktadır (Özcan 2006). Deriye uygulanan dokunma hareketleri ile alıcılar uyarılır, beyne giden iletiler kişi tarafından yorumlanarak yanıtlanır. Hasta bakımında dokunma, hemşirenin elindeki deri yüzeyi ile hasta vücudu arasındaki temas taktiği olarak bilinir (Arslan ve Özer 2010).

Literatürde üç farklı dokunma modeli belirtilmektedir;

1. Fiziksel Duyu Modeli: Enstrümantal dokunma olarak da bilinen bu dokunma şekli, fiziksel içerikli olan pansuman, enjeksiyon gibi bir görevi yerine getirirken gerçekleştirilen dokunmadır.

2. Psikolojik-Humanistik Model: Hasta ile iletişim kurmak için gerçekleştirilen dokunmadır.

3. Alan Modeli: Enerji alanını etkileyerek hasta bir kişiyi iyileştirmektir. Alan modeli; terapötik ve ekspresif dokunmayı içerir (Routasalo 1999).

Terapötik dokunma bir hemşirelik girişimidir. Terapötik dokunmanın savunucuları, bunun hemşirelik uygulamalarının ayrılmaz bir parçası olduğunu ve hastalara uygulandığında geniş anlamda iyileşme ve rahatlama sağlamayı kolaylaştırdığını savunmaktadırlar (Meehan 1998).

2. 5. 3. Terapötik Dokunma

2. 5. 3. 1. Terapötik Dokunmaya Genel Bakış

Genel toplumsal tedaviler arasında profesyonel bir tedavi şekli olan terapötik dokunma elleri kullanarak enerji transferini ve ruhsal iyileşmeyi sağlayan doktorlar, hemşireler ve öğrenciler tarafından kullanılan bir yöntemdir. Birçok üniversitenin hemşirelik okullarında öğretilmektedir (Krieger 1993).

Kolay ve iyileştirici bir yöntem olan terapötik dokunma; insan enerjisini bilinçli bir şekilde yönelerek hafifletmekten ibarettir. Terapötik dokunma bedensel enerjinin

aktive ettiği, bedensel olmayan insan enerjisini seçen ve elleri kullanarak yapılan temel bir uygulamadır. Dört değişmez bilimsel temele dayanır;

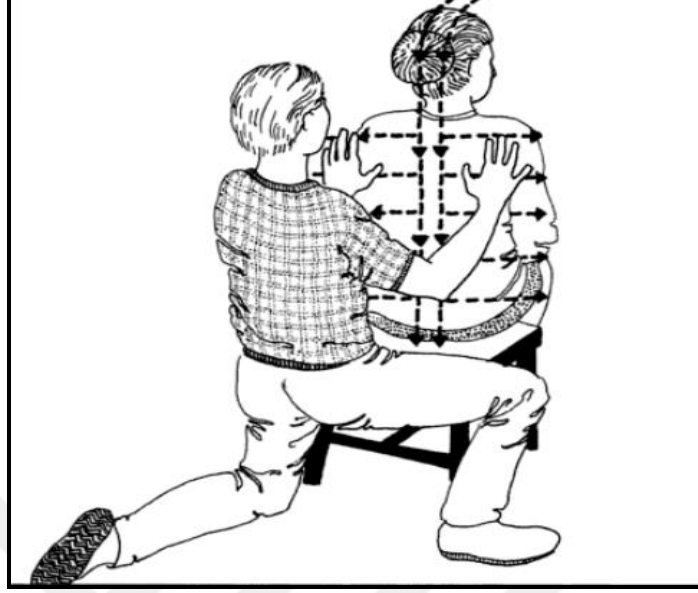
- Tüm yaşam bilimcileri insanın enerji sisteminden meydana geldiğini belirtmektedir. Bu varsayım insanlar arasındaki enerji transferinin normal olduğunu açıklamaktadır. İyileştirici terapötik dokunma boyunca enerji transferini gerçekleştirmektedir.
- Anatomik olarak insan vücudu simetrik bir şekildedir. Bu simetrik şekil dolaşım ve sinir ağlarında açık bir şekilde görülmektedir. Bununla birlikte karakteristik özeliğe sahip olan iskelet sisteminin simetri durumu, spinal kolonun sağ ve solundan açıkça görülmektedir.
- Hastalık durumu, yaşam enerjisindeki dengenin bozulmasıyla ortaya çıkmaktadır. Terapötik dokunma uygulayıcıları bu gerçekle yola çıkarak telereseptör gibi dokunma duyusunu kullanırlar. Kişiye direkt temas ya da birkaç santim uzaktan da duyularını aktif edebilirler.
- İnsan doğası doğal yeteneklere sahiptir ve yaşam içerisinde hep dönüşüm ve değişim halindedir (Krieger 1993).

2. 5. 3. 2. Terapötik Dokunmanın Uygulanması

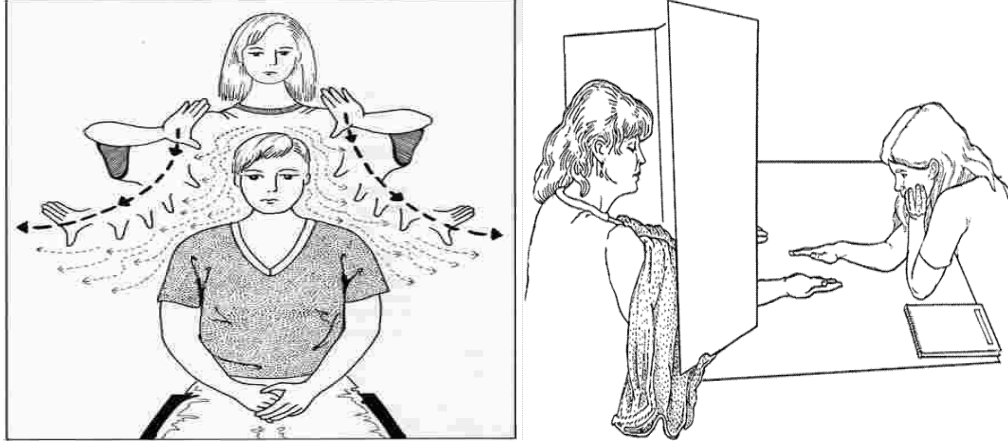
1972 yılında Dolares Krieger ve meslektaşı Dora Kunz terapötik dokunmayı geliştirmişlerdir. Terapötik dokunma geçerlilik ve güvenilirliği birçok çalışmada kanıtlanmış ve sağlık bilimcileri tarafından kabul edilmiştir (Krieger 2002). Terapötik dokunma çok eskiden kalma bazı tedavi uygulamalarına göre daha çağdaştır. Terapötik dokunma uygulamasında hastaya sadece dokunma ile değil dokunmadan da tedavi yapılabilir. Vücuttaki enerji noktalarına dokunarak uygulanan bir yöntemidir (Özveren 2011).

Terapötik dokunma; insanları ve insanın kendini tedavi etmek için mucize tedavi denilebilecek bir potansiyeldir. Hastalık bireysel enerji alanındaki dengesizliktir. Terapötik dokunma iyileştirici enerji alanlarını yöneterek, enerji alanlarında hafifleme sağlar. Diğer dört duyu reseptörleri gibi olan algıdan biri de dokunmadır. Tüm duyular kimyasal moleküller sayesinde bazı maddelerle bağlantı kurmadan da aktive olurlar (örneğin; koku alma, tat alma ve akustik basınçları duymak). Terapötik dokunma uygulayıcısı kişinin enerjisini değiştirmek için iyi enerjisi ile enerji akımını gerçekleştirir. Bu akım kişinin vücut yüzeyinden az bir mesafe ile ya da temas ile oluşturabilir. İnsan bu doğal yeteneği ile var olmuştur (Krieger 1993; Kuns ve

Krieger 2004). Terapötik dokunmayı uygulayabilmek için hemşirelerin özel eğitim almaları gerekmektedir (Özveren 2011).



Şekil 12. Terapötik Dokunma Uygulaması 1 (Krieger 1993).



Şekil 13. Terapötik Dokunma Uygulaması 2

(<http://www.skepsis.nl/tt.html>); (<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=187390>,
Erişim Tarihi: 11.02.2015)

Terapötik dokunma dört aşamada yapılmaktadır.

1. Merkezlenme: Terapötik dokunmanın ilk adımıdır. Merkezlenme, kendini araştırma, kendi içinde konsantre olma ve kendi bedenini düşünme olarak açıklanmaktadır. Kendini düşünürken en derine gitmek, kendi içinde gezintide olmak

ve vücudunda olan her şeyin farkında olarak tüm bağlantılara odaklanmak gerekir (Krieger 1979).

Öncelikle rahat bir pozisyonda oturulur, sessiz olunarak derin bir nefes alınır ve gözler kapatılır. Amaç kişinin kendi bedeninde olanların farkında olmasıdır. İyice sessiz olduğunda kişi kendi içinde olanları keşfe çıkar, bilincinin farkına varır ve nasıl hissettiğini düşünür. Sessiz bir şekilde düşünceler izlenir. Algılanan enerjileri ayırır. Enerjilerden hangisinin başkalarının ya da kendi enerjisi olduğunun farkına varır ve kendi enerjisi üzerinde yoğunlaşır. Uygulayıcı kendisi ile kalmaya başladığında kendi enerjisinin farkında olması kolaylaşır. Nefes alınması da yavaş yavaş fark edilmeye başlanır. Nefes beyaz bir ışık gibi hayal edilerek burundan girdiği oradan akciğerlere ve bronşlara aktığı düşünülür. Daha sonra nefesin vücuttaki dokulardan nasıl sızdığı ve yaşam merkezine nasıl işlediğinin farkında olunur. Organlar, birbirleri ile bağlantıları, kalp ve vücutta dolanan enerji hissedilir (Krieger 1993).

2. Değerlendirme: Uygulama yapılacak kişinin, vücudundan 2-6 cm uzakta ya da direkt temas ederek, simetrik ve ritmik bir şekilde baştan ayağa kadar elleri hareket ettirerek sıcaklık, soğukluk, statik, tıkanma, çekme ve karıncalanma gibi duyu ipuçları değerlendirilir (Macrae 1996; Krieger 1997).

3. Müdahale: Takas olarak da adlandırılan “unruffling” alan üzerinden enerji simetrik akışı kolaylaştırmaktır. Baştan ayağa kadar ritmik ve simetrik bir şekilde hareket devam ederken orta hattan el hareketleri ile unruffling elde edilir. Doğal yaşam enerjisini değiştirme temeline dayalı denge, yeniden dengelenme ve yönetme ile sistemdeki düzen yeniden kurulmaya çalışılır. Vücut alanlarındaki tıkanıklarda enerji hareket ettirilebilir ya da açık enerji alanlarına enerji transfer edilebilir. Böylece ihtiyacı olan alanlara elleri hareket ettirme yöntemi ile ortaya başarılı bir tedavi gerçekleştirilir (Macrae 1996; Krieger 1997).

4. Değerlendirme/Son Verme: Tedaviyi bitirme aşamasıdır. Profesyonel, bilgili, içgüdüsel düşünceyi kararlaştırmak ardından dengeyi belirleyerek tedavi sırasında sürekli alanın değerlendirmesidir. Terapötik dokunma tedavisi sonlandığında tedavi hakkında geri bildirimler alınma sürecidir (Macrae 1996; Krieger 1997).



Şekil 14. Terapötik dokunma

(<http://www.messagesfromspirit.ca/reiki.html>, Erişim Tarihi: 15.02.2015)

2. 5. 3. 3. Terapötik dokunmanın etkileri

- **Rahatlama:** İki ya da dört dakika içerisinde rahatlama ortaya çıkar ve en hızlı ortaya çıkan sonuçtur.
- **Ağrıda azalma:** Terminal dönemdeki hastalarda ağrının verdiği etkiyi azaltarak rahatlatır. Klinikte en iyi ağrıyı yok etme yöntemidir.
- **İyileştirici etki:** Öncelikle rahatlamanın oluşması ve ağrı oluşumunun azalması bağışıklık sistemini olumlu etkiler. Terapötik dokunmanın iyileşmeyi hızlandırıcı etkisi vardır. Özellikle kırık iyileşmesinde röntgen kontrol çekimlerinde kemikteki hızlı iyileşme görülebilmektedir.
- **Psikosomatik hastalıkları azaltma:** Sinir sistemi hastalıklarında etkisilidir. Bu hastalarda %70 rahatlama görülmüştür (Krieger 1993; Cowens ve ark. 1996).

2. 5. 3. 4. Terapötik dokunma ve cerrahi tedavi

Hastalar ameliyatın kendileri için yaralı olduğunu kabul etseler de ameliyatın risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesi anksiyete nedenlerinin en önemli nedenlerinden birisi de bilinmeyen korkusudur. Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılı değildir. Ameliyatın küçük olması hastanın az korkmasını ya da korkmamasını gerektirmez (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012).

Ameliyat öncesi dönemde psikolojik olarak iyi hazırlanmayan hastalar ameliyat stresine uyum gösteremezler. Buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir ve hastanın iyileşmesi gecikebilir. Ameliyat korkusu önemli bir sorundur ve ameliyat öncesinde giderilmelidir. Ameliyat öncesi hastaların korkularını açıklamasına fırsat verilmeli ve ameliyata ilişkin gerekli açıklamalar yapılarak hasta desteklenmelidir.

Hastanın anksiyeteninin giderilmesinde farmakolojik yöntemler yanında nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012).

Nonfarmakolojik yöntemler bazı terapi çeşitlerini de içine almaktadır. Hemşirelikte kullanılan "bakım ve iyileştirici" terapiler hemşirelik teorileri ile bağlantılıdır. Ameliyat sürecinde bütüncül hasta bakımını sağlamak için hemşire, şefkatli ve içten bakım vermelidir. İyileştirici terapiler kişiye özgün bakım sağlamak, hasta-hemşire ilişkilerini geliştirmek ve hasta ihtiyaçlarını belirlemede olumlu etkiye sahiptir. (Ramnarine 1999; Carol 2000).

Cerrahi hastalarda bütüncül bakımın sağlanması önemlidir. Bu amaca yönelik alternatif tedavilerin kullanımı yaygınlaşmıştır. Özellikle ameliyat öncesi yaşanan stres üzerinde bazı iyileştirici yöntemler arasında terapötik dokunma yer almaktadır. Bütüncül bakımı sağlamak için kullanılan terapiler ameliyat öncesi anksiyete ve ağrıyı azaltmakta, iyileşmeyi hızlandırmakta ayrıca psikosomatik hastalıkların semptomlarında azalma sağlamaktadır. Cerrahi alanlarda yapılmış çalışmalarda ameliyat öncesi uygulanan terapötik dokunma; hastalardaki ağrı, anksiyetesini azaltmıştır. Anksiyete durumunda sinir sistemi, fizyolojik olarak kalp atım hızını, sistolik ve diyastolik basıncı, solunum sayısını etkilemektedir. Bunun sonucunda terapötik dokunma ile azaltılan anksiyeteye bağlı olarak bazı yaşam bulguları düzenlenmiş olur. Terapötik dokunma Roger'in modeline dayalı olarak anksiyeteyi ve ağrıyı azaltmak için hemşirelik bakımında kullanılmaktadır (Ramnarine 1999; Carol 2000).

Gordon ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında osteoartriti olan hastalarda uygulanan terapötik dokunmanın ağrıyı azalttığı tespit edilmiştir (Gordon ve ark. 1998). Yapılan başka bir çalışmada da cerrahi hastalarına tedavi sürecinde uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve ağrıyı azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Anderson ve ark. 2009).

2. 6. ANKSİYETE

2. 6. 1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici endişe ve korku duygusudur. Anksiyete "tetikte olunması" için gelen bir uyarıdır. Yaklaşan tehlikeler için uyarmakta ve kişinin tehdit ögesi ile baş etmek üzere önlem almasını sağlamaktadır. Korku da benzeri bir uyarıdır; ancak

korku dışarıda bulunan, bilinen, açık seçik olarak tanımlanabilir ve kökeni iç çatışmaya dayalı olmayan bir tehdide karşı gösterilen bir tepki bütünüdür. Oysa anksiyete, bilinmeyen, içten gelen, belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdide karşı gösterilen bir tepki halidir. Aralarında bir ayırım yapmak çoğu zaman zordur. Korku da bilinçdışı, içten gelen bastırılmış bir uyarının dış dünyadaki başka bir nesneye aktarılması sonucu ortaya çıkabilir. Anksiyete tüm dünyada acı verici bir duygu olarak bilinçli şekilde yaşanmaktadır (Mc Farland ve Thomas 1990; Stone 1997; Sertbaş ve Bahar 2004; Kocabaşoğlu 2005).

İçinde yaşanan kültürde anksiyete meydana getiren faktörler her geçen gün daha fazla artmakta ve şiddetlenmektedir. Anksiyete sözcüğü, Hint-Germen kökenli “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen "angh" sözcüğünden türemiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır (Sürmeli 1997).

2. 6. 2. Anksiyete ile ilgili kuramlar

Anksiyete tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya vücutla ilgili birtakım duyular eşlik edebilir. Göğüste sıkışma, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksinmesinin doğması gibi duyular örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de sık görülen belirtiler arasındadır (Mc Farland ve Thomas 1990; Sertbaş ve Bahar 2004; Kocabaşoğlu 2005).

2. 6. 2. 1. Psikanalitik kuram

Psikanalitik kuramcılar anksiyetenin çatışma sonucunda oluştuğunu kabul etmişlerdir. Cicero gibi Freud da korkuyu gerçek bir tehdide, anksiyeteyi ise içsel bir tehlikeye karşı geliştirilen tepki şeklinde ayırmıştır. Freud'a göre insan davranışları tüm yönleriyle uyumu sağlamaya yönelik bir amaç taşır. Bu kuram ilk Freud tarafından ortaya atılmış sonra birçok psikolog tarafından desteklenmiştir.

Freud’ a göre anksiyete;

- Objektif ya da gerçek anksiyete
- Nevrotik anksiyete
- Molal anksiyete olarak üçe ayrılmaktadır (Mc Farland ve Thomas 1990; Sürmeli 1997; Sertbaş ve Bahar 2004; Kocabaşoğlu 2005).

2. 6. 2. 2. Objektif ya da gerçek anksiyete

Tehlike kaynağı bireyin dış çevresinde yer almaktadır. Benlik alt benliğin ihtiyaçlarına doyum sağlamaya çalışırken, gerçek dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında meydana gelen durumdur (Mc Farland ve Thomas 1990; Sertbaş ve Bahar 2004).

2. 6. 2. 3. Nevrotik anksiyete

İçgüdülerin denetimini yitirerek ceza ile sonuçlanacak davranışlarda bulunma korkusu olarak açıklanır. Nevrotik anksiyete, içgüdülerin kendisinden çok, onların doyum bulmasının ceza ile sonuçlanacağı korkusunu taşımaktadır. İçgüdülerin özellikle bastırılmış saldırganlık ve cinsel güdülerden oluşur (Mc Farland ve Thomas 1990; Sertbaş ve Bahar 2004).

2. 6. 2. 4. Moral anksiyete

Kişinin duyduğu suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların oluşturduğu sıkıntı halidir. Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişkiler ve çatışmalar ile çıkar (Mc Farland ve Thomas 1990, Sertbaş ve Bahar 2004).

2. 6. 2. 5. Ego psikolojisi kuramı

Bu kuramcılar; Mahler, Hartmann, Jacobson'a göre anksiyete, çocuk ile yaşadığı ortam arasındaki ilk ilişkilerle ilgilidir. Bebek dış dünyayı ve kendisini bir bütün olarak değil, parçalardan oluşmuş imajlar olarak algılamaktadır. Bu imajlar içinde bebeğe acı verenler kötü, bu acılardan kurtarıp rahatlatanlar ise iyi parçalardır. Bu algılamalar imajlar ve daha sonra tasarımlar halinde giderek bütünleşmektedir. Bu süreç içinde yeterli ve gerekli miktarda doyum verici yaşantılar yoksa olumsuz kötü yaşantı imaj ve tasarımlar çoğunlukta, bütünlüğün oluşması zorlaşmaktadır (Sürmeli 1997; Yalom 2001).

2. 6. 2. 6. Davranışçı kuram

Pavlov ve sonradan gelen diğer davranışçı psikologlar anksiyeteyi açıklık getirmek için çeşitli yol ve açıklamalar kullanmışlardır. Pavlov, anksiyeteyi daha önceden nötr olan bir uyarının hoş olarak karşılanmayan farklı bir uyarın birleştirilmesi sonucunda oluşan koşullandırılmış bir tepki bütünü olarak açıklamıştır. Davranışçı görüşlerden klasik şartlanma teorisine göre anksiyete,

organizmanın belirli bir takım çevresel faktörlere gösterdiği şartlandırılmış bir cevaptır. Bu durum, araç kazası geçiren birinin artık araç kullanmaktan korkması gibi direkt şartlanma olabileceğinin yanında bazen sıkıntı oluşturan bir uyarının nötral uyarılarla yer değiştirmesi neticesinde endirekt şartlanma şeklinde de gelişebilmektedir. Daha sonra Lindzey, Skinner ve Hall korku tepkisine yol açan ve güçlendiren olasılıkları inceleme altına almıştır. Mowrer ise anksiyetenin uyarın tepki modelini geliştirmiş ve açıklamıştır (Sürmeli 1997; Noyes ve Hoehn- Saric 1998).

2. 6. 2. 7. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuramın öncü kişileri Beck, Mathews, Emery anksiyeteye olaylar değil, kişinin beklentileri, olayları nasıl ve ne şekilde algılayıp yorumladığı düşüncelerin neden olduğunu belirtmişlerdir. Kişiler bazı uyarınları zarar ve tehlike beklentisi olarak değerlendirmeyi öğrenmektedirler. Bu öğrenme gözlem, bilgilendirilme ya da tepkisel koşullanma ile oluşmaktadır. Tehlike veya zarar görme beklentisi ne kadar fazla ise anksiyete de o oranda artar. Clark ve Beck, bilişsel şemaların çocukluk döneminde oluştuğunu ve bunların duygusal tepkileri otomatik olarak tetiklediğini ileri sürmüşlerdir (Noyes ve Hoehn-Saric 1998; Yalom 2001).

2. 6. 2. 8. Varoluşçu kuram

Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri; ölüm, özgürlük, yalnızlık ve anlamsızlıktır. Böylelikle “varoluşçu psikodinamikler” bu dört getiriye, nihai kaygılara ve her birinin neden olduğu bilinçli ve bilinçdışı korku ve güdülere gönderme yapmaktadır. Dinamik varoluşçu yaklaşım; Freud tarafından ana hatları çizilen temel dinamik yapıyı korumakta, fakat içeriği temelden değiştirilmektedir (Öztürk 1989; Edelman 1992).

2. 6. 2. 9. Spilberger' in anksiyete kuramı

Anksiyete insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Tehlikeli koşulların oluşturduğu bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir kaygı oluşturur. Buna " Durumluluk Kaygı " denilmektedir. Durumluluk Kaygı (A- State), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korku şeklindedir. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminin uyarılması sonucunda terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişiklikler bireyin

gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleri arasında yer almaktadır. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme görülmektedir. Bazı kişiler sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşamaktadır. Bu tür insanlar genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı içten kaynaklanır. Öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar ve buna da "Sürekli Kaygı" denir. Sürekli Kaygı (A-Trait), bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı olarak ifade edilir. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygularıdır. Bu tür kaygı seviyesi yüksek bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa kapıldıkları görülmektedir. Bu bireyler durumluluk kaygısını da daha sık ve yoğun yaşamaktadırlar (Sürmeli 1997; Öner ve Le Compte 1998).

2. 6. 3. Anksiyete Nedenleri

Anksiyete genellikle fikir ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çelişkilere bağlı olarak oluşmaktadır. Ayrıca bireyin biyolojik veya sosyal çevresindeki herhangi bir şeyin benlik bütünlüğünü tehdit etmesi de anksiyetenin kaynağını meydana getirmektedir (Mc Farland ve Thomas 1990; Sürmeli 1997; Sertbaş ve Bahar 2004; Cimilli 2001).

Anksiyetede etiyolojik faktörler;

- Biyolojik psikolojik veya sosyal bütünlüğe olan tehditler
- Dayanma mekanizmalarının ineffektif kullanımı
- Dayanma yöntemlerinin bitirilmesi
- Dayanma yeteneklerini aşan stres seviyeleri
- Umutsuzluk
- Güçsüzlük
- Gerçekçi veya ulaşabilir olmayan beklentilerin karşılanmaması
- Uzun dönem hastalığa cevap
- Özgüvene tehdit
- Biyolojik, psikososyal, çevresel faktörlerdir (Mc Farland ve Thomas 1990; Sertbaş ve Bahar 2004).

2. 6. 4. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetede negatif duygu durum, kötü bir şeyin meydana geleceğini önceden hissetme ve gerilimin somatik ifadeleri belirgindir. Anksiyete belirtileri ani başlangıçlı veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda olabilir (Mc Farland ve Thomas 1990; Sertbaş ve Bahar 2004).

- Psikomotor ajitasyon
- Gergin endişeli yüz ifadesi
- Hipervigilans
- Distraktibilite
- Ani tepkiler
- Bölünmüş uyku paterni
- Diaforesis terleme
- Hiperrefleksi
- Takipne
- Regresif davranışlar
- Yüksek sesle, hızlı konuşma
- Kongnitif yeteneklerde azalma
- Kaçma davranışları
- Benlik koruyucu mekanizmaların uygunsuz kullanımı gibi belirtiler oluşur (Sertbaş ve Bahar 2004).

Fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi, vücut oran ve kısımla zedeleneceği korkusu, ölüm korkusu, hastalığın anlam, önem ve sembolik öznel algısı ve geçerli gerçek ya da kişisel algılanmış tehlikeler kişide anksiyete oluşturur. Normal anksiyetenin organizmayı uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri vardır. Kişinin yaralanma, acı, cezalandırılma, ayrılık ve düş kırıklığı gibi durumlara karşı kendisini hazırlaması anksiyetenin uyarıcı, tedbir alması ve eğer olumsuzluklar yaşanır ise daha kolay atlatması koruyucu özelliğidir. Başarısız olma endişesi ile daha çok çalışmaya sevk etmesi ise motive edici özellikler arasında yer almaktadır (Mc Farland ve Thomas 1990; Sertbaş ve Bahar 2004).

-Bilişsel belirtiler: Gerçeklik duygusunda değişme, çevrenin değişiyor gibi algılanması, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, kontrolünü yitirme kaygısı, fiziksel zarar göreceği endişesi

-Affektif belirtiler: Korku, huzursuzluk, endite, çaresizlik, alarm duygusu, panik

-Davranışsal belirtiler: Anksiyete yaratan durumlardan kaçınma davranışı, donma kalma

-Fizyolojik belirtiler

- **Kardiovasküler sistem:** Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüzde kızarma
- **Solunum sistemi:** Nefes darlığı, hava açlığı, boğazda düğümlenme, boğulma hissi
- **Gastrointestinal sistem:** Yutma güçlüğü, bunaltı, kusma, ishal, karın ağrısı
- **Genitoüriner sistem:** Sık idrara çıkma, empotans, cinsel isteksizlik
- **Cilt belirtileri:** Terleme, kızarma, sıcak basması
- **Nörolojik:** Tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk (Yüksel 2006).

Anksiyete düzeylerine göre belirtiler;

⇒ **Hafif Düzey Anksiyete;**

- **Fizyolojik;** Hayati bulgular normal, Minimal Kas gerginliği bulunmaktadır
- **Kognitif/ Algısal;** Algı alanı geniş, birçok çevresel ve içsel uyarıların farkında ola, düşünceler gelişmiş güzel olabilir
- **Duygusal/ Davranışsal;** Rahatlanmış sakin görünüm ve ses tonu kendiliğinden eyleme geçme, alışkanlığa bağlı davranışlar vardır (Köknel 1990; Sertbaş 2004).

⇒ **Orta Düzey Anksiyete**

Fizyolojik; Hayati bulgular normal veya hafif yüksektir.

Kognitif/ Algısal; Alarm; algı daralmış. Problem çözme ve öğrenme için elverişli durum. Dikkatlidir

- **Duygusal/ Davranışsal;** Hazır olma, karşı koyabilme hissi, enerji dolu rekabet eden davranışlar ve yeni yetenekler öğrenmeye istekli. Ses ve yüz ifadesi ilgili veya düşünen haldedir (Köknel 1990; Sertbaş ve Bahar 2004).

⇒ **Ağır Düzey Anksiyete**

• **Fizyolojik;** Kavga veya Uçma cevabı otonom sinir sistemi aşırı derecede stimüle (hayati bulgular artmış, aşırı terleme, uriner urgency ve sık idrara çıkma, diyare, kuru ağız, pupiller dilate kaslar gergin duyular etkilenmiş, duyma azalmış, ağrıya duyarlılık azalmıştır).

• **Kognitif/ Algısal;** Algısal alan çok daralmış, problem çözmede zorluk, selektif, dikkatsizlik, otomatik davranışlar bulunur.

• **Duygusal/ Davranışsal;** Kendilerini tehdit edilmiş hissederler. Aşırı yüklenmiş görünürler. Aktivite artabilir veya azalabilir. Devamlı dolaşma, kaçma, elleri

ovuşturma. Ağrı ve sızıdan şikayet edebilir. Gözleri odayı tarar veya sabit bir noktaya bakar (Köknel 1990; Sertbaş ve Bahar 2004).

⇒ **Panik Düzey Anksiyete**

- **Fizyolojik;** Sempatik sistem rahatlayana dek yukardaki semptomlar artar. **Kognitif/Algısal;** Algı tamamen dağılmış ve ya kapanmıştır. Problem çözme ve mantıklı düşünme düzensizleşir.
- **Duygusal/Davranışsal;** Kontrolünü tamamen kaybeder kendini umutsuz hisseder. Sinirli ve korkmuş olabilir, ağlayabilir (Köknel 1990; Sertbaş ve Bahar 2004).

2. 6. 5. Cerrahide Anksiyete ve Önemi

Hastalık ve hastanede yatma, insan yaşamını etkileyen önemli olaylardan biridir. Özellikle hastalığın iyileştirilmesi için cerrahi bir girişimin gerektiği durumlar hasta ve ailesinde psikolojik ve sosyal sorunlar meydana getirmekte ve korku, endişe, ümitsizlik yaşamalarına neden olmaktadır (Bayraktar ve Bulut 2000; Aksoy ve ark. 2012).

Cerrahi girişimler büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun hasta ve ailesi için olumsuz bir yaşam deneyimi olup, beklenmedik olaylara gösterilen tepkiye benzer tepkilere yol açabilir (Sertbaş ve Bahar 2004; Cimilli 2001). Her ameliyat kendine özgü sorunlar yaratabilir. Bunun yanı sıra ameliyatın hasta üzerine bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olarak değerlendirilebilir Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılı değerildir. Ameliyatın küçük olması hastanın az korkmasını ya da korkmamasını gerektirmez (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012).

Ameliyat için hastaneye yatmak pek çok kişiye stres yaratabilir. Ameliyat olmayı beklemek, ameliyat öncesi dönemde nöro-endokrin tepkinin gelişmesine neden olabilir. Bu durum hem fizyolojik (kalp hızının artması, kan basıncının yükselmesi vb.) hem de psikolojik (halsizlik, iştahsızlık, davranış değerikliği vb.) belirti ve bulguları ortaya çıkarabilir. Yaşlı, fizyolojik ve psikolojik sorunları olan ve uzun süre stres altında kalan kişiler ameliyat stresiyle baş edemezler (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012).

Cerrahi girişim kararı verilen hastalarda sıklıkla izlenen genel psikolojik faktörler, anksiyete, korku ve umutsuzluk olarak sıralanır. Hastalık ve ameliyat

girişimine ilişkin bilinmezlik, yanlış bilgi ya da kapsamlı bilgi endişe yaşanmasına neden olabilir. Bu duygu normal ve olağan bir yaşam mekanizması olarak kabul edilebilir. Ameliyatın başarısını etkileyebilecek anksiyete düzeyi, başa çıkma, karar verme yeteneği ve destek sistemlerin varlığı gibi bireysel özellikler dikkatli bir biçimde ele alınmalıdır. Tüm hastaların ameliyat öncesi dönemde, az ya da çok anksiyete ve korku deneyimledikleri bilinir ve bu duygular ameliyatın türü, etkilerini algılama, beklentilerini karşılama, olası sonuçlar ve kişilik yapısına göre değişebilir. Ameliyat girişiminin, hasta tarafından, yaşamına, beden imajına, öz saygısına, benlik kavramına ya da yaşam biçimine tehdit olarak algılanması söz konusu olabilir (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012; Aksoy ve ark. 2012).

Ameliyat girişimi hastaların;

- Yaşamı yitirme sakat kalma, ağrı hissetme
- Bağımsızlığını kaybetme, yardım alamama
- Sosyoekonomik statüde düşme
- Yaşamı tehdit edici bir tanıya ulaşma
- Ailesine ve kendisine yeterli olamama gibi korkular yaşamasına neden olabilir.

Anksiyete ve korku, hastanın öğrenme, başa çıkma, eğitim ve ameliyat öncesi uygulanacak girişimlere katılım ve iş birliği yeteneğini olumsuz etkiler, anestezi türü ile miktarında değişim ve iyileşmenin yavaşlamasına ortam hazırlayabilir. Hastaların başa çıkma mekanizmalarını etkileyen faktörler arasında;

- Yaş ve öncesi cerrahi deneyim
- Hasta rolünü üstlenme durumu
- Korku ve anksiyeteye bağlı öfke, ağlama, rahatsızlık
- Yoğun terleme, hızlı nabız, titreme uyku bozukluğu, diyare, sık idrara çıkma gibi fiziksel emosyonel bulgular rastlanır (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012; Aksoy ve ark. 2012).

2. 6. 5. 1. Ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması

Stres tepkisi, çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörlerin neden olduğu sinirsel ve hormonal değişiklikleri ifade eder. Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında hem psikolojik (anksiyete, bilinmeyen korkusu vb.) hem de fizyolojik (kan kaybı, anestezi, hareketsizlik gibi) stresörler rol oynar. Stres tepkisinin büyüklüğü stresörlerin büyüklüğü ile ilişkilidir. Ameliyat için hastaneye yatmak, pek çok kişi için orta derecede stres yaratabilir. Ameliyat olmayı beklemek ameliyat öncesi

dönemde nöro-endokrin tepkilerin gelişmesine neden olabilir (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012; Aksoy ve ark. 2012).

Cerrahi işlemin kendisi de hastada stres tepkisinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Cerrahi travma, hipotalamus aracılığıyla hem hipofizi hem de sempatik sinir sistemini uyararak çeşitli hormonların etkisiyle de stres tepkisinde birbirini izleyen çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olur. Stres tepkisi bedeni ameliyat travmasından korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesi, geniş ölçüde stres tepkisinin etkinliğine bağlıdır. Bu tepkinin etkinliği ise, ameliyat olacak kişinin yaşı, fizyolojik ve psikolojik durumu ve stresin süresiyle ilişkilidir (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012; Aksoy ve ark. 2012).

Filiz ve Dilbaz'ın (1998) abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda anksiyete ve depresyonu değerlendirdikleri çalışmada; anksiyete düzeyi hem kadın hem de erkek hastalarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Filiz ve Dilbaz 1998). Turhan ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ameliyat öncesi anksiyetenin çok yüksek olduğu ve hastaların ameliyat sonrasında uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı, yoğun bakımda kalmak gibi korkularının olduğu tespit edilmiştir (Turhan ve ark. 2012). Sağır ve arkadaşlarının (2012) spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin ameliyat öncesi anksiyeteye etkisini belirlemek için yapılan çalışmasında ameliyat öncesi anksiyete yüksek bulunmuştur (Sağır ve ark. 2012). Okanlı ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir (Okanlı ve ark. 2006). Erdem ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında anestezi uygulanacak hastanın yaşadığı endişe ve korkunun giderilmesi ve doğru bilgilendirilmesi ile ameliyat sonrası dönem daha az anksiyete ve daha az ağrı ile yaşanacağı bildirilmiştir (Erdem ve ark. 2011). Demir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hastaların ameliyat öncesi bilgilendirilmesi ile anksiyetenin azaldığı saptanmıştır (Demir ve ark. 2010).

2. 6. 5. 2. Ameliyat öncesi anksiyete

Ameliyat öncesi anksiyete, herhangi bir hastalık, hastanede yatma durumu, anestezi, cerrahi veya ne ile karşılaşılacağına bilinmemesinden kaynaklanan huzursuzluk ve endişeyle karakterize bir durumdur (Cimilli 2001).

Psikodinamik kuramcılarının ameliyat öncesi anksiyeteyi açıklayan varsayımları;

1. Bazı hastaların bilinçdışı nedenlerle cerrahiye cezalandırılma, cerrahi de bir tür agresör olarak algılıyor olması,

2. Tutulan organ ve sistemin birey için sembolik öneminin olması,
3. Hastanın daha önce benzer işlem uygulanan bir başkasıyla özdeşim yapmasıdır. (Cimilli 2001).

Bilişsel başa çıkma stratejileri ameliyat öncesi dönemde gerginliği gidermede, anksiyete ile başa çıkmada ve gevşemeyi sağlamada yararlı olabilmektedir. Bu stratejiler; betimleme ya da hayal etme, hastayı dinlendirici, olay/manzara ya da yaşanan güzel bir olay üzerine yoğunlaşması için teşvik etmek, dikkati başka yöne çekmek, hastayı çok sevilen bir şiiri okuma ya da hoş bir hikâyeyi düşünmeye yönlendirmek, kendini iyimser bir şekilde ifade etmesine yardımcı olmaktır (Uzun 2000).

Ameliyat öncesi dönemde hemşire hastanın psikolojik hazırlığında duygularını açıklamada kendini serbest hissetmesini, sormak istediklerini sorması için cesaretlendirmeli ve anlamadıklarını tekrar tekrar açıklaması konusunda yardımcı olmalıdır (Yavuz 2011).

Ameliyat döneminde de hasta ile empatik iletişim, iyi dinleme becerileri, sözsüz iletişim kurma, açıklama yapma, hastanın rahatlamasını sağlama cerrahi hemşiresinin sorumluluklarıdır (Özbayır 2011).

2. 6. 5. 2. 1. Ameliyat öncesi anksiyetenin etkileri

a. Enfeksiyona karşı direncin azalması

Bedenin mikroorganizmalara karşı ilk savunma hattını deri oluşturur. Ameliyat, derinin oluşturduğu bu savunma hattını bozarak enfeksiyona neden olabilir. Sağlık ekibi üyeleri enfeksiyonu önleyici tedbirler alsalar bile, ameliyat olacak hasta için enfeksiyon riski her zaman vardır.

b. Vasküler sistemin bozulması

Ameliyat sırasında dokuların kesilmesi kan damarlarının da kesilmesine neden olur. Kan kaybını azaltmak için büyük damarlar kesilmeden önce klempenir. Tüm ameliyatlarda bir miktar kan kaybı olur. Aşırı kan kaybı ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrası dönemde şoka neden olabilir.

c. Organ fonksiyonlarının bozulması

Ameliyat sırasında organların ellenmesi, organ fonksiyonlarının geçici bir süre bozulmasına neden olabilir. Örneğin, batin ameliyatlarından sonra bağırsak hareketleri bir süre durabilir. Bazen ameliyatla organın bir kısmı ya da tamamı

çıkartılabilir. Böyle bir durumda bedenin fizyolojik fonksiyonları etkilenebilir (Erdil ve Elbaş 2012).

2. 6. 6. Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Anksiyete bozukluklarının davranışsal değerlendirmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; görüşme, anket uygulaması, izleme sistemleri ve psikofizyolojik ölçümlerdir. Hastaların anksiyete düzeylerinin belirlenmesinde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin her topluma ilişkin geçerlilikleri farklılık göstermektedir. Hemşireler anksiyete bozukluğu olan hastalarla çalışırken olumsuz duyguları en aza indirmek için, profesyonel bir yaklaşımla iyimser ve yapıcı davranış göstermeye çalışmalıdır. Hemşirenin hastayı anksiyete yönünden değerlendirebilmesi ve hemşirelik tanımlarını tespit edebilmesi için iletişim halinde olmalıdır (Mc Farland ve Thomas 1990; Sertbaş ve Bahar 2004).

Hemşireler fiziksel bir hastalıkla bağlantılı olarak tüm kliniklerde ve tüm ortamlarda anksiyeteli kişiler ile etkileşim halindedir. Bu nedenle, anksiyete kavramı çok iyi bilinmeli ve bireylerin davranışları çok iyi gözlemlenip yorumlanmalıdır (Sertbaş ve Bahar 2004).

Progresif relaksasyon (baştan ayağa tüm kasları kasıp gevşetme), strese bağlı kas gerilimini ve anksiyetenin fizyolojik etkilerini azaltmaktadır. Dinlendirici müzik ve relaksasyon kasetleri dinlemek rahat bir çevre sağlanması etkili olabilmektedir. Yavaş, derin nefes alma egzersizleri anksiyeteyi azaltır. Odadaki bir kişiye veya tek bir objeye odaklanma, diğer tüm görsel uyaranlardan uzaklaşmayı ve böylece kontrol ve relaksasyon sağlamayı geliştirir. Tanımlanabilen stres kaynaklarından dolayı anksiyete semptomları göstermesi konusunda bilgilendirilen hasta anksiyetesini daha iyi kontrol eder hale gelir. Yaşadığı ılımlı anksiyeteleri tolere edebilmeyi dikkatini düşüncelerini yapıcı tavır ve aktivitelere kanalize edebilmeyi hastaya öğretilir. Anksiyeteyi azaltmak için hastaya kafein, nikotin ve diğer uyarıcılardan uzak durmanın önemi anlatılmalıdır Daha sonra olabilecek anksiyete ve artabilecek semptomları önlemek için reçete edilmiş tıbbi ve psikososyal tedavi planlarını izlemeye ve desteklemeye devam edilmelidir (Sertbaş ve Bahar 2004; Birol 2004).

2. 7. HASTA MEMNUNİYETİ

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ile bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktörle ilişkili karmaşık bir kavram olarak tanımlanır. Hasta memnuniyeti ise her bir hastanın sorunlarını gidermek üzere kendisine özgü planlanmış bakımı algılamasının bir sonucudur. Hasta memnuniyeti dünyanın birçok ülkesinde hasta bakım kalitesinin bir göstergesi ve bakımın önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir Amerikan Hemşireler Birliği, hasta memnuniyetini sağlık bakım organizasyonları için belirlenmiş yedi gösterge arasında tanımlamaktadır. Memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, sağlık bakımının planlanması, değerlendirilmesi ve beklentiler doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir (Yılmaz 2001; Schmidt 2003; Fitzpatrick ve Kazer 2012).

Hemşirelik hizmetleri açısından hasta memnuniyeti; bireye kendi bakımını yapabilir hale gelene kadar yardımcı olmak, en kısa sürede bireyin kendi bakım gereksinimlerini karşılamasını sağlamak ve bu süreçte eğitim vermek ile doğrudan ilişkilidir. Hastanın yatışından taburculuğa kadar geçen sürede hasta memnuniyeti hemşirelik bakımının algılanmasıyla oluşmaktadır (Fitzpatrick ve Kazer 2012).

Hemşirelik, birey/aile ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi ve değerlendirilmesinden; bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplinler bütünüdür. Birey/aile ve toplumun hemşirelik hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak hemşirelerin en temel sorumluluklarından biridir. Hasta memnuniyeti hastanın beklentilerinin karşılanması ve bunu algılamasıyla meydana gelmektedir (Biro 2004).

2. 7. 1. Hasta Memnuniyetinin Tarihçesi

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında yapılmıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere sebep olmuştur. Teknolojik gelişmelerle birlikte bireyler özelleşmiş profesyonellerden çözümünü daha güç olan tedavi ve bakımı almaya başlamıştır. Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanıları anlamak istemektedir. Bundan dolayı

verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta gelişim göstermemektedir (Merkouris ve ark. 1999; Yılmaz 2001).

Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan müşteri tatmini, “müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanabilir. Tanımdan da anlaşılabilceği gibi müşteri tatminini belirleyen iki faktör yer almaktadır. Müşteri tatminini belirleyen ilk faktör, müşteri beklentileridir. Müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak açıklanan beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre değişiklik göstermektedir. Müşteri tatminini belirleyen ikinci faktör, müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, müşterinin özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre şekillenmektedir (Kavuncubaşı 2000; Dinç 2009).

Sağlık hizmetleri açısından kalite en iyi hizmetin güvenilir şekilde ve saygı duyarak sunmaktır. En iyi hizmet söz konusu olduğunda tıptaki hızlı bilgi akışı göz önüne çıkmaktadır. Kalite kavramı hasta ve hastanın isteklerinin gerçekleştirilmiş olması önemlidir. Hasta memnuniyeti kavramı hastanın hizmetten beklediği fayda ve performans, katlanmaktan kurtulduğu külfet ile sunumun sosyal kültürel değerlere uygunluğunu içermektedir. Sağlık hizmetinde memnuniyet, tedavi uyumunu ve hekimle iletişimin sürekliliğini sağlayan önemli bir bileşendir (Kavuncubaşı 2000; Dinç 2009).

2. 7. 2. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hastanın beklenti ve ihtiyaçlarının hangi ölçüde karşılanabildiğinin ölçüm biçimidir. Sağlık sektörünün var olma nedeni hasta ise onun memnuniyeti için çalışmak gerekmektedir (Akalin 2000).

Sağlık hizmetlerinde sağlık bakım hizmetlerinin önemini açıklarsak;

- Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve oluşan sonuçlar hakkında olumlu bilgiler vermektedir.
- Sağlık kuruluşları arasında üstünlük zayıflık olarak adlandırılan sınıflandırılmalar kullanılmasını sağlar.

- Hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin azaltılması ve rekabet ortamı oluşturmaya açısından önemlidir.
- Verilen sağlık hizmetinden memnun olan hastalar sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uyum gösterirler.
- Memnun kalınan sağlık kurumuna tekrar ihtiyaç durumunda başvuru önceliği olacaktır.
- Memnun olmayan hastalar memnuniyetsizlerini daha çok dile getirmektedirler (Özer ve Çakıl 2007).

2. 7. 3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetini oluşturan faktörlere ilişkin ortak bir görüş olmamasına karşın etkileyen faktörler; hasta (bakım alanlar) ve hemşireye (bakım sağlayıcılar) ait faktörler ile çevresel/kurumsal faktörler şeklinde toplanmaktadır (Yılmaz 2001).

⇒ *Hasta ile ilgili bileşenler;*

- Yaş
- Cinsiyet
- Etnik köken
- Sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi
- Sağlık durumu

⇒ *Hekim ile ilgili bileşenler;*

- Hekimin hastanın beklentilerini anlaması, karşılama ve önceliklerini paylaşması
- Gelişmiş iletişim becerileri
- Kontrolün paylaşılması
- Yeterli ve nitelikli zaman ayırmak
- Mesleki beceri
- Ön yargısız olmak
- Güler yüzlü olmak
- Mahremiyetine saygı göstermek
- Yaptığı işten memnun olmak

⇒ *Sağlık Sistemi ile İlgili Bileşenler*

- Sağlık ekibinin tutum ve yaklaşımının uyumlu olması
- Sağlıklı kayıt tutmak
- Konsültasyon ve sevk süreci
- Bakımda sürekli

- Sisteme ulaşılabilmek ve harcanan süre (Yılmaz 2001; Özer ve Çakıl 2007; Dinç 2009).

⇒ **Hemşirelere İlişkin İlgili Bileşenler;**

- Kişilik özellikleri
- şefkat
- İlgisi ve anlayış
- Profesyonel tutumları
- Bilgi ve becerilerini sunma biçimleri
- Gösterdikleri destek,
- Nezaket (Yılmaz 2001; Boumans ve ark. 2005; Naomi 2006; Özer ve Çakıl 2007; Dinç 2009).

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktör iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirilmedir. Sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri, hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde rol oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım, hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Birey olarak değer verildiğini hissetmek, bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık çalışanları, hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir (Yılmaz 2001; Boumans ve ark. 2005; Naomi 2006; Özer ve Çakıl 2007; Dinç 2009).

⇒ **Çevresel/kurumsal faktörler:**

- Hastaneye ulaşılabilirlik, hastane ortamı, hastanenin teknolojik alt yapısı, çalışma saatleri, otoparkın yer alması, hastane genel temizliği, beslenme hizmetlerinin kalitesi seviyesi gibi faktörler bakım kalitesinin algılanması üzerinde etkili olmaktadır (Yılmaz 2001; Boumans ve ark. 2005; Naomi 2006; Özer ve Çakıl 2007; Dinç 2009).

Hemşirelik bakım kalitesi için veri oluşmasını sağlayan hasta memnuniyeti, bakımın planlanması, değerlendirilmesi ve bakım kalitesinin belirlenmesinde bir geri bildirim sağlamaktadır. Sağlık bakımında hasta memnuniyetini arttıranın en önemli yollarından birisi bakım hizmetlerini geliştirmektir. Çünkü hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından algıladıkları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktör arasındadır (Boumans ve ark. 2005; Naomi 2006; Dinç 2009).

Hemşirelerin hasta memnuniyetinde önemli rol üstlenmelerinin sebepler açısından bakıldığında; sağlık çalışanları arasında hemşire sayısının daha çok yoğunluk oluşturması, hemşirelerin hastaların gereksinimlerini karşılamak için sürekli/kesintisiz yanlarında yer alması, bireylerin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunun hemşirelerin öncelikli sorumluluklarından olması yer almaktadır. Cerrahi girişim sonrası hastaların hemşirelik bakımına olan gereksinimleri artmaktadır. Bu dönemde hemşire; hastanın ameliyata verdiği fizyolojik ve psikolojik yanıtı değerlendirerek, iyileşmeyi hızlandıracak ve komplikasyonları önleyecek girişimler yapar. Bakım için hastayı ve ailesini eğitir taburculuk sonrası evde bakımını planlar (Merkouris ve ark. 1999; Bulut 2012).

Şahin ve arkadaşlarının (2005) çocuk cerrahisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyet durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; hasta yakınlarının tümü ilgili hekim ve hemşireden memnun olduğunu belirtmiştir (Şahin ve ark. 2005). Tükel ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında cerrahisi servisinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet oranı yüksek bulunmuştur (Tükel ve ark. 2006). Geçkil ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında hastaların Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) puan ortalamaları 68.11 ± 16.26 olarak saptanmış ve memnuniyet düzeyi orta olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca cerrahi kliniklerde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin doğum ve dahili kliniklerde yatan hastalardan yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (Geçkil ve ark. 2008). Literatürde cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi, sırası ve sonrasındaki dönemde bakımda olduğu kadar hasta memnuniyetini artırmada da önemli etkiye sahip oldukları bildirilmiştir (Myles ve ark. 2000; Stephens Woods 2008). Demir ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hemşirelik memnuniyeti oranı yüksek saptanmıştır (Demir ve ark. 2009). Savaş ve Bahar'ın (2011) çalışmasında hemşirelik hizmetlerine yönelik olarak ihtiyaç duyulduğunda hemşirelere ulaşılabilmesi, hemşirelerin ilgi ve nezaketi, düzenli tıbbi tedavi ve bakım uygulama durumlarının hastaların genel memnuniyet düzeylerini etkilediği belirlenmiştir (Savaş ve Bahar 2011). Özer ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında periferik damar ameliyatı uygulanan hastaların memnuniyeti kapak ya da koroner arter ameliyatı uygulanan hastalarda daha yüksek bulunmuştur (Özer ve ark. 2009). Koç ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hastanın fonksiyonel durumu ve depresif semptomlarıyla bakım memnuniyeti arasında herhangi bir ilişki saptanmamış ve hastaların hemşirelik bakım hizmetlerinden memnun oldukları belirlenmiştir (Koç ve

ark 2012). Kayrakçı ve Özşeker (2014) cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyetini orta düzey olarak bildirmiştir (Kayrakçı ve Özşeker 2014). Şendir ve arkadaşlarının (2014) ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerini değerlendirdikleri çalışmada hemşirelik memnuniyet puan ortalaması 76.52 ± 20.38 olarak bulunmuş ve hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet çok iyi olarak belirlenmiştir (Şendir ve ark. 2014).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının amacı, hastaların aldıkları hizmetin kalitesini nasıl bulduklarının öğrenilmesi, onların memnuniyetini etkileyen faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi, kurumu tercih nedenleri, kurumdan beklentileri, hizmet sunum sürecinde yaşanan uygunsuzluklar ve hizmet sunum tarzının bu beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanması şeklinde sınıflanabilir (Tezcan ve ark. 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE SÜRESİ

Araştırma, 22 Ağustos 2014-31 Ocak 2015 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Manisa Devlet Hastanesi Göz Kliniği ve Ameliyathane birimlerinde yapılmıştır.

Manisa Devlet Hastanesi 1938 yılında kurulmuştur ve 325 yatak kapasitelidir. Hastanede 153 uzman hekim, 252 hemşire, 38 laborant/teknisyen, 246 yardımcı sağlık personeli çalışmaktadır. Hastanede 8 göz uzman hekimi ve 8 adet göz polikliniği bulunmaktadır. Ameliyathanede sekiz ameliyat salonu yer almaktadır. Göz servisi 15 yatak kapasitelidir.

Araştırma süresi ve veri toplama göz önünde bulundurularak altı ay olarak planlanmış ve 22 Ağustos 2014- 31 Ocak 2015 arasında tamamlanmıştır.

3. 2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma; katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü girişim çalışması olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 22 Ağustos 2014-31 Ocak 2015 tarihleri arasında daha önce yapılan tetkiklerde katarakt tanısı almış, katarakt ameliyatı yapılmasına karar verilip T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Manisa Devlet Hastanesi Göz Kliniğine katarakt nedeniyle yatırılan ve katarakt ameliyatı yapılması planlanan hastalar oluşturmuştur.

3. 3. 1. Örneklem Yöntemi

Çalışma grubunun büyüklüğünü belirlemede Moon ve Cho'nun (2001) çalışması referans alınarak örneklem hesabı PASS programı aracılığıyla repeated measures ANOVA üzerinden yapılmıştır. Araştırmanın sonuç değişkenlerinden birisi bireylerin algıladığı anksiyete düzeyidir. Bu düzeyi belirlemek için VAS, durumluluk ve sürekli anksiyete düzeyi belirleme araçlarıdır. Moon ve Cho'nun (2001)

çalışmasında dokunmanın hasta anksiyete düzeyinde % 96.7'lik bir azalma sağladığı, kontrol grubunda ise bu azalışın % 78.1 olduğu belirlenmiştir (Moon ve Cho 2001).

Bu değerler dikkate alınarak yapılan hesaplamada % 95 güvenirlilik düzeyinde, %80 güç ile en küçük örneklem büyüklüğü girişim grubunda 50 ve kontrol grubunda 50 olmak üzere toplamda 100 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmaya toplam 114 hasta (57 girişim, 57 kontrol) alınmıştır.

Araştırmaya katılacak hastalar blok randomizasyon yöntemiyle girişim ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Hastaların seçiminde rastgele sayılar tablosu kullanılmıştır.

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Katarakt nedeniyle belirtilen tarihlerde yatışı yapılan ve cerrahi tedavi önerilen hastalar içerisinde;

- 18 yaşın üzerinde olan
- Okur-yazar olan
- Katarakt tanısı alan
- Cerrahi tedavi önerilen
- Lokal anestezi ile katarakt ameliyatı yapılan
- Bilinci açık ve soruları cevaplayabilecek durumda olan
- İletişim sorunu olmayan (dil sorunu, konuşma ve işitme sorunu vb)
- Karar verme yeteneğini etkileyen herhangi bir bozukluk/hastalığı olmayan (demans, psikolojik bozukluk vb.)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- İletişime ve işbirliğine açık olan hastalar dahil edilmiştir.

3. 3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu araştırmanın;

Bağımlı Değişkenleri; Katarakt ameliyatı öncesi ve sonrası Spielberg Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması, ameliyat öncesi, ameliyat başlamadan hemen önce, terapötik dokunmadan hemen sonra, ameliyat bittikten hemen sonra ve hasta serviste yatağa alındıktan sonraki VAS anksiyete puan ortalaması ve hastaların yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen saturasyonu) parametrelerindeki değişim ve hasta taburcu olmadan önce Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) puan ortalamasıdır.

Bağımsız Değişkenleri; Hastaların yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), eğitim durumu, hastalık öyküsü ve hastaların grubu değişkenlerdir.

3. 4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3. 4. 1. Kişisel Bilgi Formu

Verilerin toplanmasında kullanılan kişisel bilgi iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm; bireylerin yaş, kilo, boy, BKİ, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu gibi demografik özellikleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde ise hastaların kronik hastalıkları, şu andaki hastalığı, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi ve hasta memnuniyetini etkileyebilecek sorular bulunmaktadır.

3. 4. 2. Terapötik Dokunma Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Yaşam Bulguları Kayıt Formu

Hastaların girişim öncesi ve sonrası yaşam bulgularının ve anksiyete fizyolojik ölçümlerinin kaydedildiği kayıt formu yer almaktadır. **Visuel Analog Skala (VAS)** Cline ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiştir. 100 mm uzunluğunda yatay bir çizgiden oluşmaktadır. Sol tarafı "Anksiyete yok" sağ tarafı ise "çok fazla anksiyete hissediyorum" etiketlerini içermektedir. VAS değeri skalanın en sol ucu ile işaretlenen nokta arasındaki uzaklığın ölçülmesiyle belirlenmektedir. Değerler 0 ile 100 arasında değişmekte ve yüksek değerler artmış anksiyeteyi belirtmektedir (Cline ve ark.1992).

3. 4. 3. Spielberg Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmış, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin uygulandığı bireylerin işaretleyeceği bölümde 4 ayrı seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler ifade edilen davranışların ve duyguların yoğunluğunu belirlemek amacı ile "hiç" "biraz" "çok" "tamamiyle" seçeneklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir.

Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluluk Kaygı Ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler ise, 26, 27,30,

33, 36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Ölçeğin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır (Spielberg 1970; Öner ve Le compte 1983).

3. 4. 4. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)

Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği NHBMÖ Thomas ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş olup, Uzun tarafından 2003 yılında ayrıca Akın ve Erdoğan tarafından 2007 yılında Türkçe'ye uyarlanarak ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek Hemşirelik Bakımı İle İlgili Yaşananlar Ölçeği (HBYÖ) ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) olmak üzere iki ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçekler birlikte uygulanabileceği gibi birbirinden ayrı olarak da uygulanabilmektedir. Bu araştırmada HBMÖ tek başına uygulanmıştır. Ölçek hemşirelik bakımını içeren 19 maddeden oluşan 5 puanlık likert tipi bir ölçektir. Memnuniyet derecesini belirlemek için kullanılan puanlamada; "1. Hiç memnun değildim, 2. Nadiren memnundum, 3. Memnundum, 4. Çok memnundum, 5. Tamamen memnundum" ifadeleri yer almaktadır. Puan değerlendirmesi ölçekte işaretlenen tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 100'e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hemşirelik bakımının tüm boyutlarından memnun olduğunu göstermektedir (Thomas ve ark 1996; Uzun 2003; Akın ve Erdoğan 2007).

3. 5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma öncesinde Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Ek-3) ve Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Manisa Devlet Hastanesi'nden izni (Ek-4) alındıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara araştırmanın amacı, bilgilendirilmiş gönüllü olur

formu (Ek 2) kullanılarak açıklanmış ve izinleri alındıktan sonra veri toplama aşamasına geçilmiştir.

Araştırmanın ilk basamağında verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan hastaları tanıtıcı bilgi formu kullanılmıştır. Bu bilgi formu hastaların yaş, cinsiyet, Beden kitle indeksi (BKİ), eğitim durumu gibi demografik özelliklerini belirleyen soruları içermektedir. Hastalara ilişkin bu bilgiler hasta dosyasından veya hastalarla yüz yüze görüşülerek elde edilmiş ve araştırmacı tarafından hazırlanan forma kayıt edilmiştir.

Grup I (Girişim Grubu): Amelyat günü araştırma kriterlerine uyan hastalar ile tanışılarak çalışmanın amacı anlatılmış ve yazılı onamları alınmıştır. Hasta odasında yüz yüze görüşme tekniği hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren form doldurulmuş ve Visual Analog Skala (VAS) ile hastaların anksiyete düzeyi değerlendirilmiştir. Aynı zamanda Spielberg Durumluluk - Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmış ve hastaların yaşam bulguları kayıt edilmiştir.

Daha sonra ameliyathanede aşağıda yazılı olan uygulamalar yapılmıştır.

- Hasta ameliyat masasına alındığında yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen saturasyonu) alınmış ve VAS ile anksiyete düzeyi değerlendirilmiştir.
- Hastaya dokunma girişimi uygulanırken ameliyat masası başında bir sandalyeye oturulmuştur.
- Terapötik dokunma özel eğitim almış araştırmacı tarafından yapılmıştır (Ek-5). Bu uygulama için literatür doğrultusunda dokunma süresi 15 dakika olarak belirlenmiştir. Araştırmacı, hastalara adlarıyla seslenip kendini tanıtmış, hastaların kendilerini rahat hissetmelerine yardımcı olmak için 15 dakika süreyle elleri üzerine terapötik dokunma girişimi uygulayacağını belirtmiştir. Uygulama esnasında dokunma şiddetinin fazla basınçlı olmadan hissedilebilir düzeyde olmasına dikkat edilmiştir. Hastanın terapötik dokunmaya karşı tepkileri gözlenmiştir. Ayrıca dokunmadan önce ellerin normal vücut ısısında olmasına da dikkat edilmiş, soğuk el ile hastaya dokunulmamıştır. Ölçümlerden sonra terapötik dokunma için konsantre olunmuş ve araştırmacı hastanın uygun olan (serum olmayan ve tercihen araştırmacı tarafındaki) bir elini elleri arasına alarak uygulamaya başlamıştır. Hastanın eli, araştırmacının iki eli arasında iken araştırmacı hastanın eli üzerine ritmik ve yumuşak hareketler ile bası uygulamadan 15 dk süresince terapötik dokunma gerçekleştirmiştir.

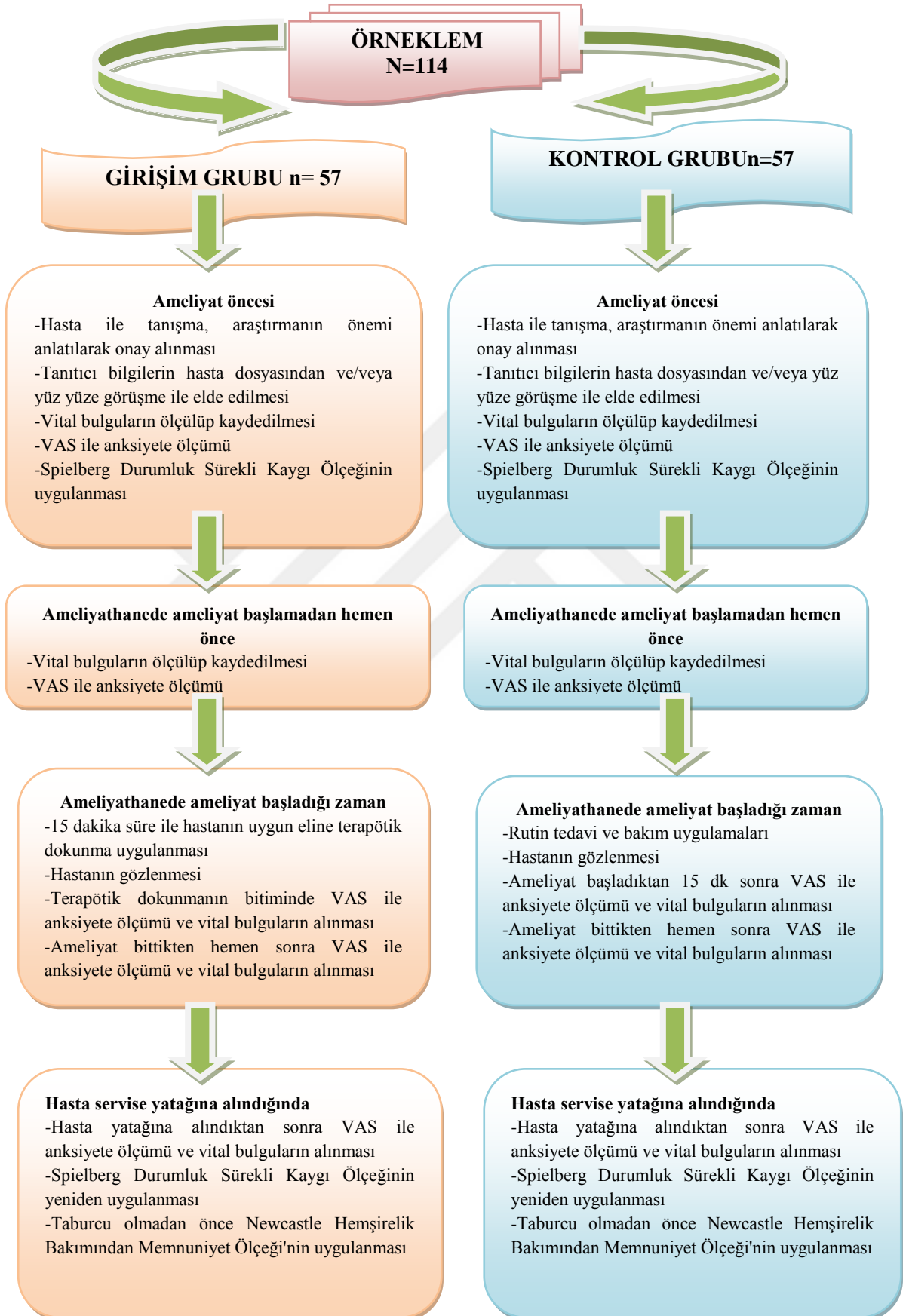
- 15 dk süren terapötik dokunma işleminden hemen sonra VAS ile anksiyete değerlendirilmiş ve vital bulgular ölçülmüştür.
- Ameliyathanede ameliyat bittikten hemen sonra tekrar VAS ile anksiyete değerlendirilmiş ve vital bulgular ölçülmüştür.
- Ameliyat bittikten ve hasta yatağına alındıktan sonra yeniden değerlendirilmiş ve vital bulgular ölçülmüştür.
- Hasta servise yatağına alındıktan sonra Spielberg Durumluluk - Sürekli Kaygı Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Hastaya taburcu olmadan önce Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği uygulanarak hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir.

Grup II (Kontrol Grubu): Ameliyat günü araştırma kriterlerine uyan hastalar ile tanışılarak çalışmanın amacı anlatılmış ve yazılı onamları alınmıştır. Hasta odasında yüz yüze görüşme tekniği hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren form doldurulmuş ve Visual Analog Skala (VAS) ile hastaların anksiyete düzeyi değerlendirilmiştir. Aynı zamanda Spielberg Durumluluk- Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmış ve hastaların yaşam bulguları kayıt edilmiştir.

Daha sonra ameliyathanede aşağıda yazılı olan uygulamalar yapılmıştır.

- Hasta ameliyat masasına alındığında yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen saturasyonu) alınmış ve VAS ile anksiyete düzeyi değerlendirilmiştir.
- Ameliyathanede rutin uygulamalar dışında herhangi bir uygulama (terapötik dokunma) yapılmamıştır.
- Ameliyathanede ameliyat bittikten hemen sonra ve hasta yatağına alındıktan sonra tekrar VAS ile anksiyete değerlendirilmiş ve vital bulgular ölçülmüştür.
- Hasta servise yatağına alındıktan sonra Spielberg Durumluluk- Sürekli Kaygı Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Hastaya taburcu olmadan önce Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği uygulanarak hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir.

ARAŞTIRMA AKIŞ PLANI



3. 6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 15,0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler nitel ve nicel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin analizinde parametrik, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin analizinde ise non parametrik testlerden yararlanılmıştır.

Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistiklerde ortalama (minimum-maksimum) ve standart sapma, ortanca (%25 ve %75 çeyrekler), kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistiklerde ise sayı ve yüzde kullanılmıştır. Çözümleyici bulgularda iki grubun karşılaştırılması tek değişkenli analizlerden Mann Whitney U ve Ki kare testi ile yapılmıştır. Grupların zaman içerisindeki değişimlerinde Wilcoxon İşaretli Sıra Testi ve Friedman kullanılmıştır.

Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3. 7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamına Manisa Devlet Hastanesi göz kliniğine katarakt nedeniyle yatışı yapılan ve ameliyat planlanan hastalar alınmıştır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar araştırma kapsamına alınan hastaları temsil etmektedir ve sadece bu örneklem grubundaki özellikleri taşıyan hastalara genellenebilir.

Ameliyat esnasında terapötik dokunma uygulamasının ve araştırma verilerinin aynı araştırmacı tarafından yapılması, farklı bir gözlemci kullanılmaması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

Araştırma verilerinde anket formları yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

Ayrıca araştırmada yaş ortalamasının yüksek olması, sosyo-kültürel demografik özellikler açısından benzer özellikler taşıyan hastalardan oluşması da araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

3. 8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan gerekli onay alındıktan sonra T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen tüm hastalara araştırmanın

amacı ve önemi anlatılmış, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3. 9. SÜRE VE OLANAKLAR

TARİH	YAPILAN İŞLEMLER
Haziran 2013- Ekim 2014	Literatür Taraması
Ekim 2014-Mart 2014	Belirlenen tez konusu ile ilgili ön çalışmalar
Mart 2014	C.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne "Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulanan Terapötik Dokunmanın Anksiyeteye ve Hasta Memnuniyetine Etkisi" adlı tez başlığı ile başvuru yapılması.
Nisan 2014	C.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde tez adı kabul edildikten sonra C.B.Ü. Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna "Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulanan Terapötik Dokunmanın Anksiyeteye ve Hasta Memnuniyetine Etkisi" adlı çalışma ile başvuru yapılması.
Mayıs 2014	Etik kurul onayının alınması
Haziran- Temmuz 2014	Çalışma ile ilgili yazışmaların yapılması
Ağustos 2014	T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden İzin alınması
Ağustos 2014- Ocak 2015	Veri toplama aşaması
Şubat 2015- Mart 2015	Verilerin analizi ve değerlendirilmesi
Nisan 2015- Mayıs 2015	Tez yazılımı

4. BULGULAR

4. 1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARLA İLGİLİ TANITICI BULGULAR

Tablo 1. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
64 ve ↓	29	51,8	27	48,2	56	100
65 ve ↑	28	48,3	30	51,7	58	100
Test İstatistiği	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	z	p
	55,68	65,0(58,0-72,5)	59,32	66,0(59,0-72,0)	-0,590	0,555*

* Mann Whitney U testi

Tablo 1’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan 66 yaş ve altındaki hastaların %51,8’i girişim, %48,2’si kontrol grubundadır. Girişim grubundaki hastaların yaş ortancası 65,00 (çeyrekler arası genişliği=58,0-72,5) iken, kontrol grubundaki hastaların yaş ortancası 66,0 (çeyrekler arası genişliği=59,0-72,0) olup gruplar arasında yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (z=-0,590, p=0,555).

Tablo 2. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Kadın	28	50,0	28	50,0	56	100
Erkek	29	50,0	29	50,0	58	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 0,000, p=1,000^*$					

* Ki kare testi

Tablo 2’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan kadın hastaların %50,0’si girişim, %50,0’si kontrol grubundadır. Gruplar arasında cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 0,000, p= 1,000$).

Tablo 3. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni Durum	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Evli	45	53,6	39	46,4	84	100
Bekar/Dul/ Boşanmış/ Ayrı yaşıyor	12	40,0	18	60,0	30	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 1,629, p = 0,202^*$					

* Ki kare testi

Tablo 3’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan evli hastaların %53,6’sı girişim, %46,4’ü kontrol grubundadır. Gruplar arasında medeni durum değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1,629, p=0,202$)

Tablo 4. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Okuryazar değil	13	41,9	18	58,1	31	100
Okuryazar veya İlkokul mezunu	33	48,5	35	51,5	68	100
Ortaokul ve ↑	11	73,3	4	26,7	15	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 4,132, p = 0,127^*$					

* Ki kare testi

Tablo 4’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda okur yazar olmayan hastaların %41,9’u girişim, %58,1’i kontrol grubundadır. Gruplar arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=4,132, p=0,127$).

Tablo 5’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda normal kilolu hastaların %44,1’i girişim, %55,9’u kontrol grubundadır. Girişim grubundaki hastaların ortancası 27,7 (çeyrekler arası genişliği=24,9-29,8) iken, kontrol grubundaki hastaların ortancası 27,3 (çeyrekler arası genişliği= 23,9-29,4) olup gruplar arasında beden kitle indeksi değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,281, p=0,200$).

Tablo 5. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı

Beden Kitle İndeksi	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Normal	15	44,1	19	55,9	34	100
Hafif Şişman	28	50,9	27	49,1	55	100
Obez	14	56,0	11	44,0	25	100
	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	z	p
Beden Kitle İndeksi	61,46	27,7 (24,9-29,8)	53,54	27,3 (23,9-29,4)	-1,281	0,200*

* Mann Whitney U testi

Tablo 6. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Gelir Düzeyi	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Ortalama Düzeyde	45	56,3	35	43,8	80	100
Ortalamanın ↓	12	35,3	22	64,7	34	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 4,191, p = 0,041^*$					

* Ki kare testi

Tablo 6’da görüldüğü gibi, araştırma grubunda gelir düzeyi ortalama olan hastaların %56,3’ü girişim, %43,8’i kontrol grubundadır. Gruplar arasında gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2 = 4,191, p = 0,041$). Gelir düzeyi ortalama düzeyde olan hastaların çoğu girişim grubundadır.

Tablo 7. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı

Sigara İçme Durumu	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Halen içiyor	9	50,0	9	50,0	18	100
İçmiş bırakmış	9	45,0	11	55,0	20	100
Hiç içmeyen	39	51,3	37	48,7	76	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 0,253, p = 0,881^*$					

* Ki kare testi

Tablo 7’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda halen sigara içen hastaların %50’si girişim, %45’i kontrol grubundadır. Gruplar arasında sigara içme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 0,253, p=0,881$).

Tablo 8. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Yaşadığı Yere Göre Dağılımı

Yaşanan Yer	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
İl	38	55,1	31	44,9	69	100
İlçe/köy/kasaba	19	42,2	26	57,8	45	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 1,799, p=0,180^*$					

* Ki kare testi

Tablo 8’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda ilde yaşayan hastaların % 55,1’i girişim, %44,9’u kontrol grubundadır. Gruplar arasında hastaların yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1,799, p=0,180$).

Tablo 9. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı

EvdeYaşanan Kişiler	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Yalnız	8	47,1	9	52,9	18	100
Eş	20	43,5	26	56,5	20	100
Çocuklar	6	42,9	8	57,1	76	100
Eş ve çocuklar	23	62,2	14	37,8	37	100
Test İstatistiği	$\chi^2 =3,316, p=0,345^*$					

* Ki kare testi

Tablo 9’da görüldüğü gibi, araştırma grubunda yalnız yaşayan hastaların %47,1’i girişim, %52,9’u kontrol grubunda, eş ve çocukları ile yaşayan hastaların ise %62,2’si girişim, %37,8’si kontrol grubundadır. Gruplar arasında hastaların evde birlikte yaşadığı kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2= 3,316, p=0,345$).

Tablo 10. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Daha Önce Önemli Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı

Daha Önce Önemli Hastalık Geçirme	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Evet	9	64,3	5	35,7	14	100
Hayır	48	48,0	52	52,0	100	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 1,303, p=0,254^*$					

* Ki kare testi

Tablo 10’da görüldüğü gibi, araştırma grubunda daha önce önemli bir hastalık geçiren hastaların %64,3’ü girişim, %35,7’si kontrol grubundadır. Gruplar arasında daha önce önemli hastalık geçirme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 1,303, p=0,254$).

Tablo 11. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Sürekli İlaç Kullanma	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Evet	23	54,8	19	45,2	42	100
Hayır	34	47,2	38	52,8	72	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 0,603, p=0,437^*$					

* Ki kare testi

Tablo 11’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda sürekli ilaç kullanan hastaların %54,8’i girişim, %45,2’si kontrol grubundadır. Gruplar arasında sürekli ilaç kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0,603, p=0,437$).

Tablo 12. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

Kronik Hastalıklar	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Kalp Hastalıkları	7	53,8	6	46,2	13	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 0,087, p=0,768^*$					
Hipertansiyon	17	48,6	18	51,4	35	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 0,041, p=0,839^*$					
Diabetes	7	58,3	5	41,7	12	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 0,373, p=0,542^*$					

* Ki kare testi

Tablo 12’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda kalp hastalığı olan hastaların %53,8’i girişim, %46,2’si kontrol grubundadır. Gruplar arasında kalp hastalığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0,087$, $p=0,768$). Hipertansiyonu olan hastaların %48,6’sı girişim, %51,4’ü kontrol grubundadır. Gruplar arasında hipertansiyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0,041$, $p=0,839$). Diyabeti olan hastaların %58,3’ü girişim, %41,7’si kontrol grubundadır. Gruplar arasında diyabet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($\chi^2=0,373$, $p=0,542$).

Tablo 13. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatma Durumuna Göre Dağılımı

Daha Önce Hastaneye Yatma	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Evet	34	55,7	27	44,3	61	100
Hayır	23	43,4	30	56,6	53	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 1,728$, $p=0,189^*$					

* Ki kare testi

Tablo 13’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda daha önce hastanede yatan hastaların %55,7’si girişim, %44,3’ü kontrol grubundadır. Gruplar arasında daha önce hastanede yatma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 1,728$, $p=0,189$).

Tablo 14. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Daha Önce Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı

Daha Önce Ameliyat Olma	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Evet	30	53,6	26	46,4	56	100
Hayır	27	46,6	31	53,4	58	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 0,562$, $p=0,454^*$					

* Ki kare testi

Tablo 14’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda daha önce ameliyat olan hastaların %53,6’sı girişim, %46,4’ü kontrol grubundadır. Gruplar arasında daha önce ameliyat olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0,562$, $p=0,454$).

Tablo 15. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre Dağılımı

Ameliyat Hakkında Bilgi Alma	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Evet	18	56,3	14	43,8	32	100
Hayır	39	47,6	43	52,4	82	100
Test İstatistiği	$\chi^2 = 0,695, p=0,404^*$					

* Ki kare testi

Tablo 15’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda ameliyat hakkında bilgi alan hastaların %56,3’ü girişim, %43,8’i kontrol grubundadır. Gruplar arasında ameliyat hakkında bilgi alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0,695, p=0,404$).

Tablo 16. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Katarakt Tanı Süresi, Ameliyat Süresi ve Hastanede Yatış Süresine Göre Dağılımı

Değişkenler	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		z	p*
	Sıra ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)		
Hastalık süresi (ay)	55,35	6,0 (5,0-21,0)	59,65	7,0 (5,0-7,0)	-0,704	0,482
Ameliyat süresi (dk)	58,50	30,0 (30,0-30,0)	56,50	30,0 (30,0-30,0)	-1,420	0,155
Hastanede yatış süresi (gün)	57,50	1,0 (1,0-1,0)	57,50	1,0 (1,0-1,0)	0,000	1,000

* Mann Whitney U testi

Tabloda 16’da görüldüğü gibi araştırma grubuna alınan girişim grubundaki hastaların hastalık süresi ortancası 6,0 (çeyrekler arası genişliği=5,0-21,0) iken, kontrol grubundaki hastaların hastalık süresi ortancası 7,0 (çeyrekler arası genişliği=5,0-7,0) olup gruplar arasında hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,704, p=0,482$).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat süresi ortancası 30,0 (çeyrekler arası genişliği=30,0-30,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyat süresi ortancası 30,0 (çeyrekler arası genişliği=30,0-30,0) olup gruplar arasında ameliyat süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,420, p=0,155$) (Tablo 16).

Girişim grubundaki hastaların hastanede yatış süresi ortancası 1,0 (çeyrekler arası genişliği=1,0-1,0), kontrol grubundaki hastaların hastanede yatış ortancası 1,0 (çeyrekler arası genişliği=1,0-1,0) olup gruplar arasında hastanede yatış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=0,000$, $p=1,000$) (Tablo 16).

4. 2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DUYGU DURUMLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 17. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Esnasındaki Duygu Durumuna Göre Dağılımı

Ameliyat Esnasındaki Duygu Durumu	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)		
	n	%	n	%	n	%	
İyi	26	68,4	12	31,6	38	100	
Orta	31	40,8	45	59,2	76	100	
Test İstatistiği	$\chi^2=7,737$, $p=0,005^*$						

* Ki kare testi

Tablo 17’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda ameliyat esnasındaki duygu durumu iyi olan hastaların %68,4’ü girişim, %31,6’sı kontrol grubundadır. Gruplar arasında ameliyat esnasındaki duygu durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=7,737$, $p=0,005$). Girişim grubundaki hastaların ameliyat esnasındaki duygu durumları kontrol grubuna göre daha iyidir.

Tablo 18. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Esnasında Ağrı ve Rahatsızlık Hissetme Durumuna Göre Dağılımı

Ameliyat Esnasında Ağrı ve Rahatsızlık Hissetme Durumu	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)		
	n	%	n	%	n	%	
Hayır	32	69,6	14	30,4	46	100	
Biraz/Orta	25	36,8	43	63,2	68	100	
Test İstatistiği	$\chi^2=11,808$, $p=0,001^*$						

* Ki kare testi

Tablo 18’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda ameliyat esnasında ağrı ve rahatsızlık hissetmeyen hastaların % 69,6’sı girişim, %30,4’ü kontrol grubundadır.

Gruplar arasında ameliyat esnasındaki ağrı ve rahatsızlık hissetme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=11,808$, $p=0,001$). Girişim grubundaki hastalar ameliyat esnasında kontrol grubuna göre daha az ağrı ve rahatsızlık hissetmişlerdir.

Tablo 19. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Esnasında Anksiyete/ Stres Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

Anksiyete/ Stres Yaşama	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Hayır	24	96,0	1	4,0	25	100
Biraz/Orta	33	37,1	56	62,9	89	100
Test İstatistiği	$\chi^2=27,104$, $p=0,000^*$					

* Ki kare testi

Tablo 19’da görüldüğü gibi, araştırma grubunda ameliyat esnasında anksiyete/ stres yaşayan hastaların %37,1’i girişim, %62,9’u kontrol grubundadır. Gruplar arasında ameliyat esnasında anksiyete/ stres yaşama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=27,104$, $p=0,000$). Girişim grubundaki hastalar ameliyat esnasında kontrol grubuna göre daha az anksiyete/ stres yaşamışlardır.

Tablo 20. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Tedavi ve Bakımı Değerlendirme Duruma Göre Dağılımı

Tedavi ve Bakımı Değerlendirme	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Çok iyi	34	81,0	8	19,0	42	100
İyi	23	31,9	49	68,1	72	100
Test İstatistiği	$\chi^2 =25,484$, $p=0,000^*$					

* Ki kare testi

Tablo 20’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda aldıkları tedavi ve bakımı çok iyi olarak değerlendiren hastaların %81,0’ı girişim, % 19,0’ı kontrol grubundadır. Gruplar arasında aldıkları tedavi ve bakımı değerlendirme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=25,484$, $p=0,000$). Girişim grubundaki hastalar aldıkları tedavi ve bakımı kontrol grubuna göre daha iyi olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 21. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Bakım İhtiyaçlarının Karşılanma Durumuna Göre Dağılımı

Bakım İhtiyaçların Karşılanması	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		Toplam (n=114)	
	n	%	n	%	n	%
Evet	15	71,4	6	28,6	21	100,0
Hayır	42	45,2	51	54,8	93	100,0
Test İstatistiği	$\chi^2=4,728, p=0,030^*$					

* Ki kare testi

Tablo 21’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda hastanede yattıkları süre içinde tüm bakım ihtiyaçlarının karşılandığını belirten hastaların %71,4’ü girişim, %28,6’sı kontrol grubundadır. Gruplar arasında bakım ihtiyaçlarının karşılanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=4,728, p=0,030$). Girişim grubundaki hastalar hastanede yattıkları sürede bakım ihtiyaçlarının kontrol grubuna göre daha fazla karşılandığını belirtmişlerdir.

4. 3. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİNİN HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 22. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi, Esnası ve Sonrasında Ölçülen Parametre Ortalamalarına Göre Dağılımı

Ölçüm Değerleri	GİRİŞİM ort±ss (min-mak)	KONTROL ort±ss (min-mak)
Anksiyete-VAS-		
Birinci ölçüm (n=57)	5,42±2,77 (0-10)	5,02±2,57 (0-10)
İkinci ölçüm (n=57)	6,77±2,56 (2-10)	6,75±2,17 (1-10)
Üçüncü ölçüm (n=57)	3,56±1,85 (0-7)	8,88±1,50 (4-10)
Dördüncü ölçüm (n=57)	1,50±1,32 (0-4)	8,28±1,58 (4-10)
Beşinci ölçüm (n=57)	0,82±0,91 (0-3)	7,93±1,49 (4-10)
Solunum		
Birinci ölçüm (n=57)	21,70±1,60 (19-26)	20,60±1,95 (14-24)
İkinci ölçüm (n=57)	22,04±1,94 (20-30)	21,63±2,46 (14-26)
Üçüncü ölçüm (n=57)	20,84±1,45 (18-26)	22,44±2,54 (15-28)
Dördüncü ölçüm (n=57)	21,07±1,18 (19-24)	21,84±2,18 (15-26)
Beşinci ölçüm (n=57)	21,44±1,59 (18-26)	21,47±2,06 (15-25)
Oksijen Saturasyonu		
Birinci ölçüm (n=57)	97,54±1,03 (93-99)	97,54±1,21 (93-99)
İkinci ölçüm (n=57)	97,61±0,88 (95-98)	97,58±1,29 (93-100)
Üçüncü ölçüm (n=57)	97,81±1,06 (95-100)	97,61±1,21 (94-100)
Dördüncü ölçüm (n=57)	97,72±0,98 (93-100)	97,56±1,27 (94-100)
Beşinci ölçüm (n=57)	97,68±0,93 (93-98)	97,54±1,25 (94-100)
Nabız		
Birinci ölçüm (n=57)	74,04±8,75 (62-92)	73,65±11,90 (58-110)
İkinci ölçüm (n=57)	75,82±8,90 (63-97)	74,21±11,99 (56-110)
Üçüncü ölçüm (n=57)	74,60±9,12 (56-99)	79,07±11,96 (63-110)
Dördüncü ölçüm (n=57)	74,56±8,50 (51-97)	77,49±11,43 (63-110)
Beşinci ölçüm (n=57)	74,58±8,47 (54-97)	77,12±11,41 (62-110)
Sistolik Tansiyon		
Birinci ölçüm (n=57)	137,46±21,31 (86-200)	131,28±17,80 (100-200)
İkinci ölçüm (n=57)	147,44±21,10 (110-202)	140,96±15,70 (105-200)
Üçüncü ölçüm (n=57)	137,02±17,73 (109-175)	149,19±16,34 (120-220)
Dördüncü ölçüm (n=57)	136,44±19,01 (109-178)	145,86±16,48 (100-200)
Beşinci ölçüm (n=57)	135,51±20,59 (100-190)	140,58±17,02 (100-200)
Diastolik Tansiyon		
Birinci ölçüm (n=57)	79,77±17,56 (45-162)	78,23±14,91 (50-160)
İkinci ölçüm (n=57)	77,19±12,21 (46-135)	78,47±9,51 (55-100)
Üçüncü ölçüm (n=57)	73,75±12,24 (50-135)	78,63±10,56 (50-100)
Dördüncü ölçüm (n=57)	73,75±12,24 (50-135)	78,37±11,16 (50-115)
Beşinci ölçüm (n=57)	74,37±14,62 (50-130)	79,04±9,84 (50-110)

Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma, Min: En Küçük Değer, Mak: En Büyük Değer

1. Birinci ölçüm: Ameliyattan önce hasta odasında, **2. İkinci ölçüm:** Ameliyathanede ameliyat başlamadan önce, **3. Üçüncü ölçüm:** Terapötik dokunma ya da ameliyatın 15. dakikasındaki, **4. Dördüncü ölçüm:** Ameliyattan hemen sonra, **5. Beşinci ölçüm:** hasta yatağa alındıktan sonra.

Tablo 22’de görüldüğü gibi araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların VAS anksiyete puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında $5,42\pm 2,77$ (min:0-mak:10), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce $6,77\pm 2,56$ (min:2-mak:10), terapötik dokunmanın 15. dk.sında $3,56\pm 1,85$ (min:0-mak:7), ameliyattan hemen sonra $1,50\pm 1,32$ (min:0-mak:4) ve hasta yatağa alındıktan sonra $0,82\pm 0,91$ (min:0-mak:3)’dır.

Araştırma grubunu oluşturan kontrol grubundaki hastaların VAS anksiyete puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında $5,02\pm 2,57$ (min:0-mak:10), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce $6,75\pm 2,17$ (min:1-mak:10), ameliyatın 15. dakikasında $8,88\pm 1,50$ (min:4-mak:10), ameliyattan hemen sonra $8,28\pm 1,58$ (min:4-mak:10) ve hasta yatağa alındıktan sonra $7,93\pm 1,49$ (min:4-mak:10)’dur (Tablo: 22).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların solunum puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında $21,70\pm 1,60$ (min:19-mak:26), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce $22,04\pm 1,94$ (min:20-mak:30), terapötik dokunmanın 15.dk. sında $20,84\pm 1,45$ (min:18-mak:26), ameliyattan hemen sonra $21,07\pm 1,18$ (min:19-mak:24) ve hasta yatağa alındıktan sonra $21,44\pm 1,59$ (min:18-26). (Tablo 22).

Araştırma grubunu oluşturan kontrol grubundaki hastaların solunum puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında $20,60\pm 1,95$ (min:14-mak:24), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce $21,63\pm 2,46$ (min:14-mak:26), ameliyatın 15.dakikasında $22,44\pm 2,54$ (min:15-mak:28), ameliyattan hemen sonra $21,84\pm 2,18$ (min:15-mak:26) ve hasta yatağa alındıktan sonra $21,47\pm 2,06$ (min:15-mak:25)’dir (Tablo 22).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların oksijen saturasyonu puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında $97,54\pm 1,03$ (min:93-mak:99), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce $97,61\pm 0,88$ (min:95-mak:98), terapötik dokunmanın 15. dk.sında $97,81\pm 1,06$ (min:95-mak:100), ameliyattan hemen sonra $97,72\pm 0,98$ (min:93-mak:100) ve hasta yatağa alındıktan sonra $97,68\pm 0,93$ (min:93-mak:98)’dir (Tablo 22).

Araştırma grubunu oluşturan kontrol grubundaki hastaların oksijen saturasyonu puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında $97,54\pm 1,21$ (min:93-mak.99), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce $97,58\pm 1,29$ (min:93-mak:100), ameliyatın 15. dakikasında $97,61\pm 1,21$ (min:94-mak:100), ameliyattan hemen sonra

97,56±1,27 (min:94-mak:100) ve hasta yatağa alındıktan sonra 97,54±1,25 (min:94-mak:100)'dır (Tablo 22).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların nabız puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında 74,04±8,75 (min:62-mak:92), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce 75,82±8,90 (min:63-mak:97), terapötik dokunmanın 15. dk.sında 74,60±9,12 (min:56-mak:99), ameliyattan hemen sonra 74,56±8,50 (min:51-mak:97)ve hasta yatağa alındıktan sonra 74,58±8,47 (min:54-mak:97)'dir. (Tablo 22).

Araştırma grubunu oluşturan kontrol grubundaki hastaların nabız puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında 73,65±11,90 (min:58-mak:110), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce 74,21±11,99 (min:56-mak:110), ameliyatın 15. dakikasında 79,07±11,96 (min:63-mak:110), ameliyattan hemen sonra 77,49±11,43 (min:63-mak:110) ve hasta yatağa alındıktan sonra 77,12±11,41 (min:62-mak:110)'dır (Tablo 22).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların sistolik tansiyon puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında 137,46±21,31 (min:86-mak:200), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce 147,44±21,10 (min:110-mak:202), terapötik dokunmanın 15. dk.sında 137,02±17,73 (min:109-mak:175), ameliyattan hemen sonra 136,44±19,01 (min:109-mak:178) ve hasta yatağa alındıktan sonra 135,51±20,59 (min:100-mak:190)'dır (Tablo 22).

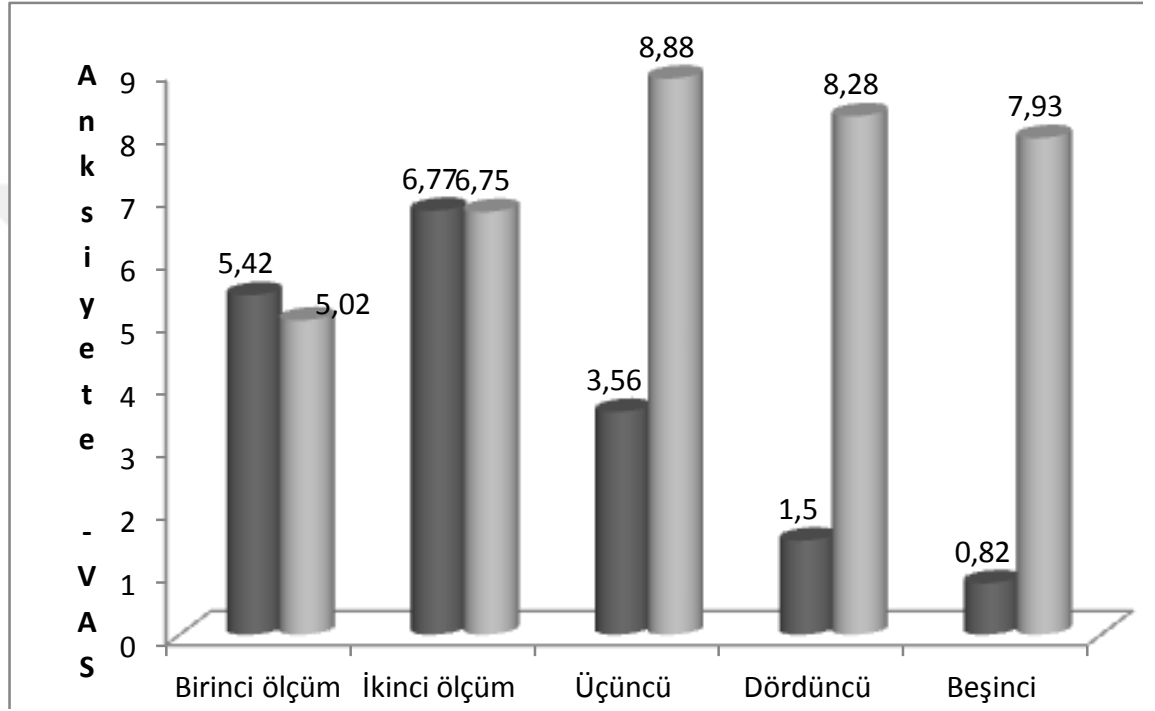
Araştırma grubunu oluşturan kontrol grubundaki hastaların sistolik tansiyon puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında 131,28±17,80 (min:100-mak:200), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce 140,96±15,70 (min:105-mak:200), ameliyatın 15. dakikasında 149,19±16,34 (min:120-mak:220), ameliyattan hemen sonra 145,86±16,48 (min:100-mak:200) ve hasta yatağa alındıktan sonra 140,58±17,02 (min:100-mak:200)'dır (Tablo 22).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların diyastolik tansiyon puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında 79,77±17,56 (min:45-mak:162), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce 77,19±12,21 (min:46-mak:135), terapötik dokunmanın 15. dk.sında 73,75±12,24 (min:50-mak:135), ameliyattan hemen sonra 74,47±12,49 (min:50-mak:135) ve hasta yatağa alındıktan sonra 74,37±14,62 (min:50-mak:130)'dır (Tablo 22).

Araştırma grubunu oluşturan kontrol grubundaki hastaların diyastolik tansiyon puan ortalamaları sırası ile; ameliyattan önce hasta odasında 78,23±14,91 (min:50-

mak:160), ameliyathanede ameliyat başlamadan önce $78,47\pm9,51$ (min:55-mak:100), ameliyatın 15. dakikasında $78,63\pm10,56$ (min:50-mak:100), ameliyattan hemen sonra $78,37\pm11,16$ (min:50-mak:115) ve hasta yatağa alındıktan sonra $79,04\pm9,84$ (min:50-mak:110)'dır (Tablo 22).

Grafik 1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Anksiyete VAS Ölçüm Değerleri

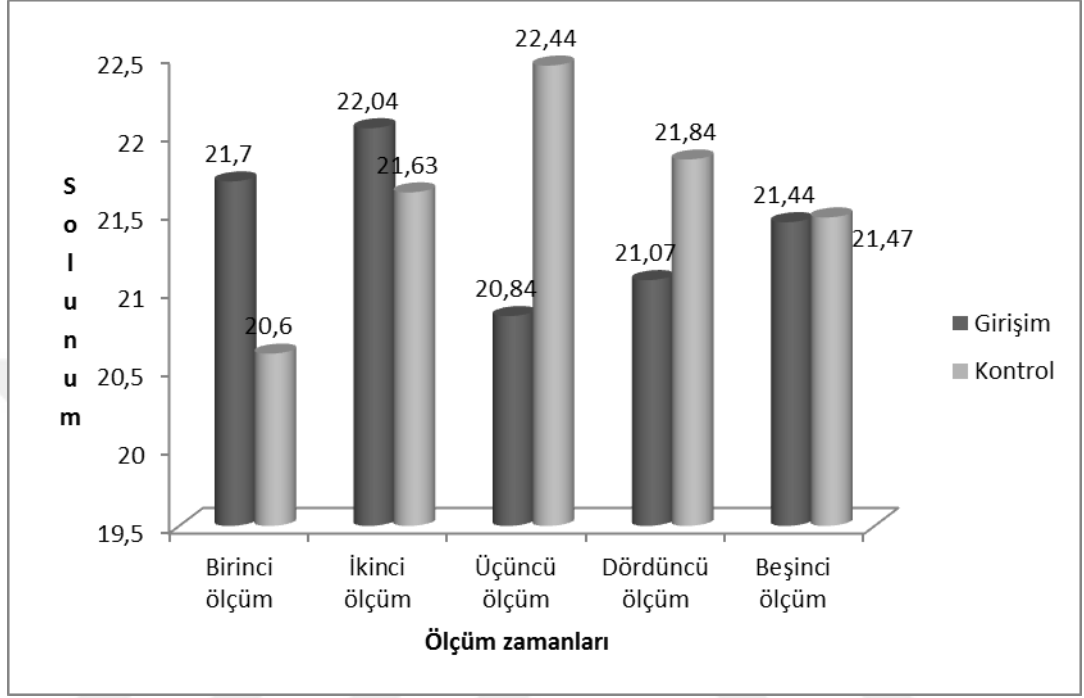


Araştırma grubunu oluşturan hastaların beş ölçümde (ameliyattan önce hasta odasında, ameliyathanede ameliyat başlamadan önce, ameliyatın 15. dakikasında, ameliyattan hemen sonra ve hasta yatağa alındıktan sonra) VAS anksiyete puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir (Grafik 1). Üçüncü ölçümde (ameliyatın 15. dakikasında) kontrol grubundaki hastaların VAS anksiyete puan ortalamalarının en yüksek, olduğu belirlenmiştir.

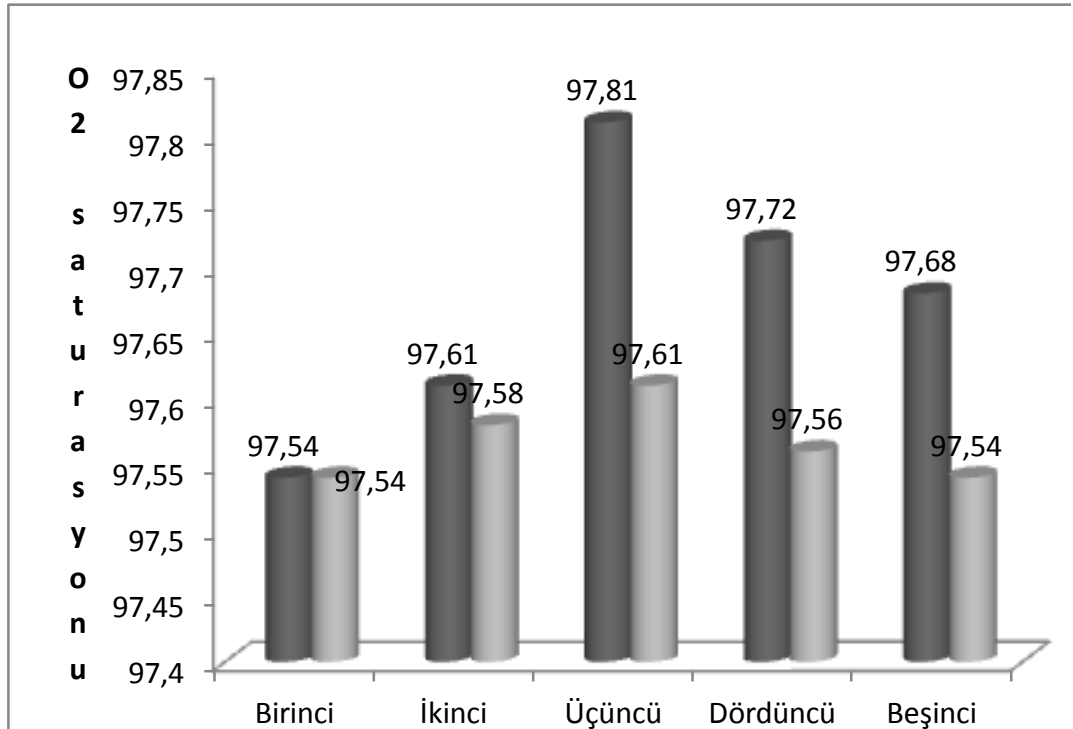
Araştırma grubunu oluşturan hastaların beş ölçümde (ameliyattan önce hasta odasında, ameliyathanede ameliyat başlamadan önce, ameliyatın 15. dakikasında, ameliyattan hemen sonra ve hasta yatağa alındıktan sonra) solunum puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir (Grafik 2). Üçüncü ölçümde (ameliyatın 15. dakikasında), kontrol grubundaki hastaların solunum puan ortalamalarının en yüksek,

üçüncü ölçümde ise girişim grubundaki hastaların solunum puan ortalamalarının kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır.

Grafik 2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Solunum Ölçüm Değerleri

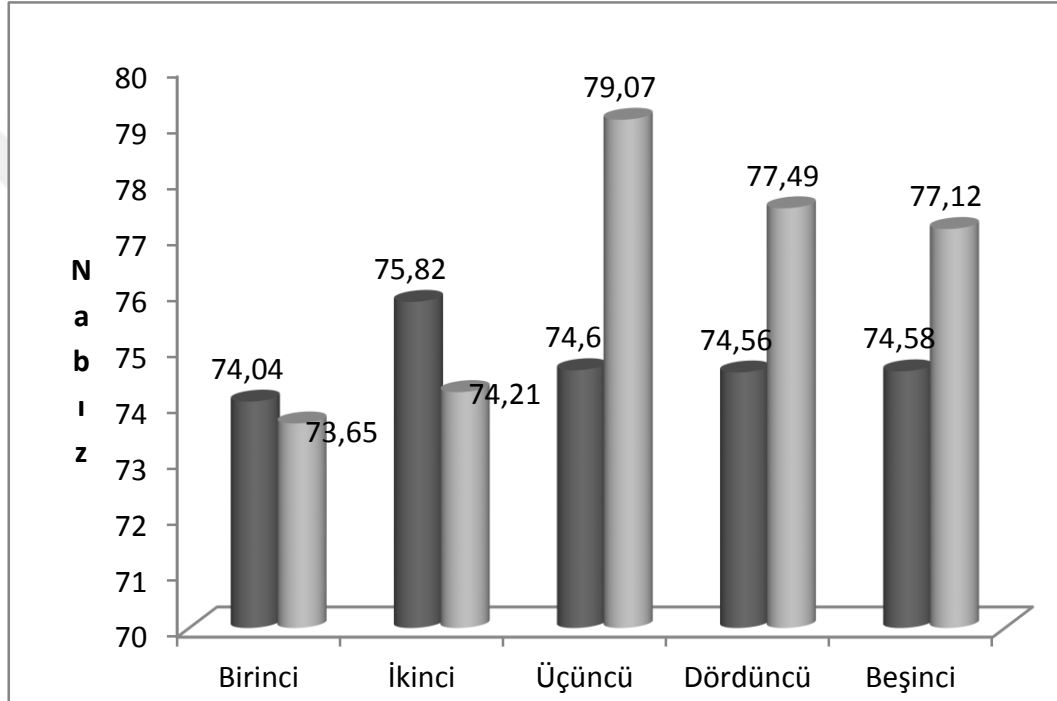


Grafik 3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Oksijen Saturasyonu Ölçüm Değerleri



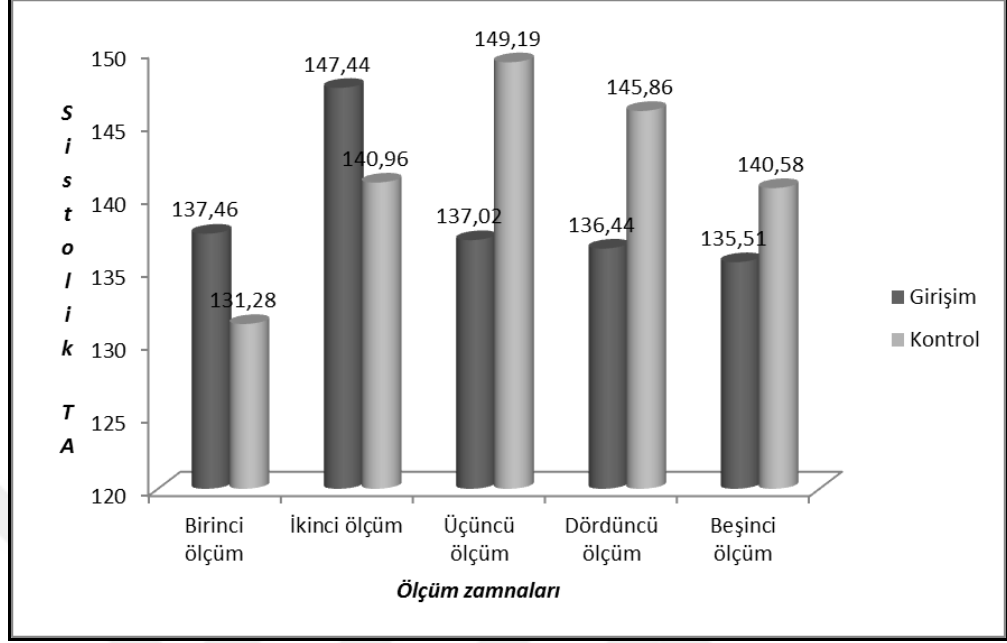
Araştırma grubunu oluşturan hastaların beş ölçümde (ameliyattan önce hasta odasında, ameliyathanede ameliyat başlamadan önce, ameliyatın 15. dakikasında, ameliyattan hemen sonra ve hasta yatağa alındıktan sonra) oksijen saturasyonu puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir (Grafik 3). Üçüncü ölçümde (ameliyatın 15. dakikasında) girişim grubundaki hastaların oksijen saturasyonu puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmıştır.

Grafik 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Nabız Ölçüm Değerleri



Araştırma grubunu oluşturan hastaların beş ölçümde (ameliyattan önce hasta odasında, ameliyathanede ameliyat başlamadan önce, ameliyatın 15. dakikasında, ameliyattan hemen sonra ve hasta yatağa alındıktan sonra) nabız puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir (Grafik 4). Üçüncü ölçümde (ameliyatın 15. dakikasında) kontrol grubundaki hastaların nabız puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmıştır.

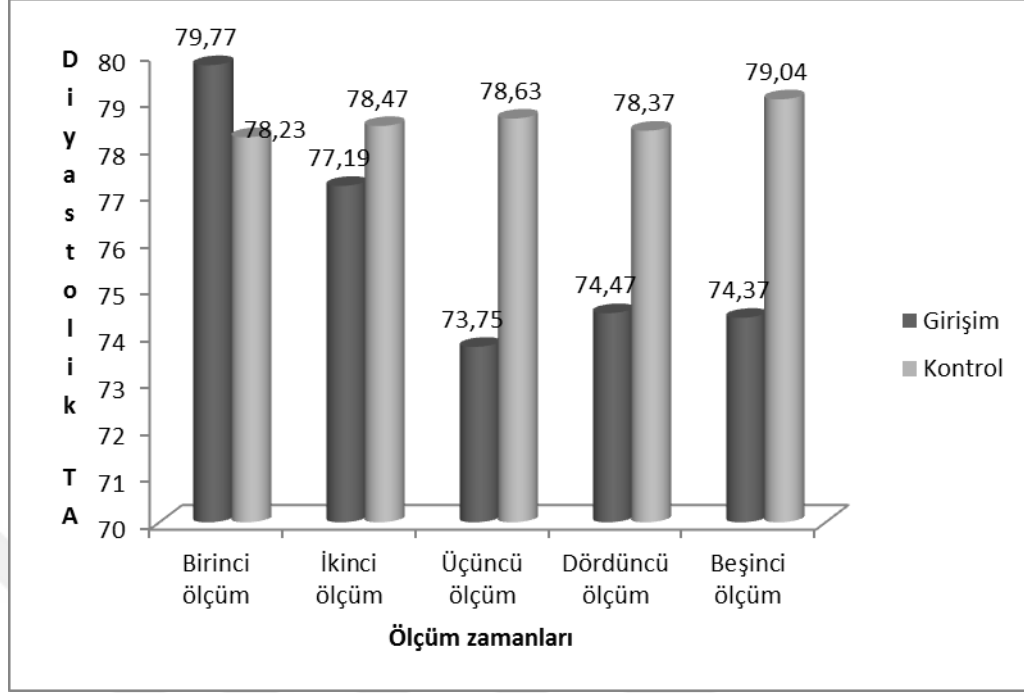
Grafik 5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Sistolik Tansiyon Ölçüm Değerleri



Araştırma grubunu oluşturan hastaların beş ölçümde (ameliyattan önce hasta odasında, ameliyathanede ameliyat başlamadan önce, ameliyatın 15. dakikasında, ameliyattan hemen sonra ve hasta yatağa alındıktan sonra) sistolik tansiyon puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir (Grafik 5). Üçüncü ölçümde (ameliyatın 15. dakikasında) kontrol grubundaki hastaların sistolik tansiyon puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunu oluşturan hastaların beş ölçümde (ameliyattan önce hasta odasında, ameliyathanede ameliyat başlamadan önce, ameliyatın 15. dakikasında, ameliyattan hemen sonra ve hasta yatağa alındıktan sonra) diyastolik tansiyon puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir (Grafik 6). Üçüncü ölçümde (ameliyatın 15. dakikasında) kontrol grubundaki hastaların diyastolik tansiyon puan ortalamalarının girişim grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Grafik 6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beş Ölçümde Diyastolik Tansiyon Ölçüm Değerleri



Tablo 23. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Değişkenler	GİRİŞİM	KONTROL
	ort±ss (min-mak)	ort±ss(min-mak)
Ameliyattan Önce Durumluluk Kaygı	50,52±5,77 (38-61)	50,98±7,88 (38-75)
Ameliyattan Sonra Durumluluk Kaygı Puanı	44,26±4,55 (38-61)	47,28±4,94 (39-75)
Ameliyattan Önce Sürekli Kaygı Puanı	50,45±5,33 (36-59)	51,26±7,82 (37-57)
Ameliyattan Sonra Sürekli Kaygı Puanı	49,01±6,05 (37-66)	51,77±8,11 (39-74)
HBMÖ Puanı	90,63±12,20 (60-100)	59,50±8,16 (40-80)

Ort: Ortalama,ss: Standart Sapma, Min: En Küçük Değer, Mak: En Büyük Değer

Tablo 23'te görüldüğü gibi araştırma grubunu oluşturan girişim grubunun ameliyattan önce durumluluk kaygı puan ortalaması 50,52±5,77 (min:38-mak:61), ameliyattan sonra durumluluk kaygı puan ortalaması 44,26±4,55 (min:38-mak:61), ameliyattan önce sürekli kaygı puan ortalaması (50,45±5,33) (min:36-mak:59), ameliyattan sonra sürekli kaygı puan ortalaması 49,01±6,05 (min:37-mak:66) ve HBMÖ puan ortalaması 90,63±12,20 (min:60-mak:100)'dür.

Araştırma grubunu oluşturan kontrol grubunun, ameliyattan önce durumluluk kaygı puan ortalaması $50,98 \pm 7,88$ (min:38-mak:75), ameliyattan sonra durumluluk kaygı puan ortalaması $47,28 \pm 4,94$ (min:39-mak:75), ameliyattan önce sürekli kaygı puan ortalaması $51,26 \pm 7,82$ (min:37-mak:57), ameliyattan sonra sürekli kaygı puan ortalaması $51,77 \pm 8,11$ (min:39-mak:74) ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) puan ortalaması $59,50 \pm 8,16$ (min:40-mak:80)'dir (Tablo 23). Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası durumluluk kaygı puan ortalamaları kontrol grubundan düşüktür. Girişim grubunun HBMÖ puan ortalaması kontrol grubundan yüksektir.



4. 4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİ VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 24. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi, Esnası ve Sonrasında Ölçülen Parametre Puanlarının Karşılaştırılması

		Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		z	p*
	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)			
VAS-Anksiyete							
1.	59,39	5,0 (3,0-8,0)	55,61	5,0 (3,0-6,0)	-0,619	0,536	
2.	58,18	7,0 (5,0-9,0)	56,82	7,0 (5,0-8,0)	-0,221	0,825	
3.	30,33	4,0 (2,5-5,0)	84,67	9,0 (8,0-10,0)	-8,884	0,000	
4.	29,18	1,0 (1,0-3,0)	85,82	8,0 (8,0-10,0)	-9,264	0,000	
5.	29,00	1,0 (0,0-1,0)	86,00	8,0 (8,0-9,0)	-9,337	0,000	
Solunum							
1.	65,07	22,0 (20-22)	49,93	21,0 (20,0-22,0)	-2,557	0,011	
2.	57,86	22,0 (20-22)	57,14	22,0 (20,0-24,0)	-0,120	0,905	
3.	44,24	20,0 (20-22)	70,76	22,0 (21,0-24,0)	-4,407	0,000	
4.	48,39	21,0 (20-22)	66,61	22,0 (20,0-23,0)	-3,113	0,002	
5.	55,61	22,0 (20-22)	59,39	22,0 (20,0-22,0)	-0,647	0,518	
Oksijen Saturasyonu							
1.	56,42	98,0 (98,0-98,0)	58,58	98,0 (98,0-98,0)	-0,469	0,639	
2.	56,62	98,0 (98,0-98,0)	58,38	98,0 (98,0-98,0)	-0,392	0,695	
3.	59,39	98,0 (98,0-98,0)	55,61	98,0 (98,0-98,0)	-0,807	0,420	
4.	58,84	98,0 (98,0-98,0)	56,16	98,0 (98,0-98,0)	-0,590	0,555	
5.	58,91	98,0 (98,0-98,0)	56,09	98,0 (97,5-98,0)	-0,621	0,534	
Nabız							
1.	60,38	73,0 (67,0-76,5)	54,62	70,0 (65,0-80,5)	-0,931	0,352	
2.	61,55	76,0 (68,0-78,0)	53,45	70,0 (66,0-81,0)	-1,312	0,190	
3.	51,94	74,0 (68,5-79,0)	63,06	75,0 (70,5-84,0)	-1,799	0,072	
4.	54,84	74,0 (69,5-78,0)	60,16	74,0 (70,0-84,0)	-0,861	0,389	
5.	55,50	74,0 (69,0-78,0)	59,50	74,0 (70,0-84,0)	-0,648	0,517	
Sistolik Tansiyon							
1.	62,23	135,0 (120,0-149,0)	52,77	130,0 (120,0-140,0)	-1,548	0,122	
2.	61,99	145,0 (130,0-161,5)	53,01	140,0 (132,0-150,0)	-1,453	0,146	
3.	46,33	135,0 (120,5-149,5)	68,67	150,0 (140,0-159,5)	-3,613	0,000	
4.	48,01	132,0 (120,0-150,0)	66,99	145,0 (140,0-151,5)	-3,080	0,002	
5.	50,90	130,0 (120,0-150,0)	64,10	140,0 (130,0-150,0)	-2,158	0,031	
Diastolik Tansiyon							
1.	57,84	80,0 (70,0-80,0)	57,16	80,0 (70,0-80,0)	-0,118	0,906	
2.	54,61	80,0 (70,0-80,0)	60,39	80,0 (74,0-84,0)	-0,951	0,342	
3.	47,72	75,0 (69,5-80,0)	67,28	80,0 (72,0-86,0)	-3,189	0,001	
4.	48,98	72,0 (70,0-80,0)	66,02	80,0 (71,0-80,0)	-2,859	0,004	
5.	46,75	70,0 (70,0-80,0)	68,25	80,0 (77,5-80,0)	-3,695	0,000	

* Mann Whitney U testi

1. Ameliyattan önce hasta odasında, 2. Ameliyathanede ameliyat başlamadan önce, 3. Terapötik dokunma ya da ameliyatın 15. dakikasındaki, 4. Ameliyattan hemen sonra, 5. Hasta yatağa alındıktan sonra

Tabloda 24’de görüldüğü gibi araştırma grubuna alınan girişim grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında VAS-anksiyete puan ortancası 5,0 (çeyrekler arası genişliği=3,0-8,0), kontrol grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında VAS-anksiyete puan ortancası 5,0 (çeyrekler arası genişliği=3,0-6,0)’dir. Gruplar arasında VAS-anksiyete puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,619$, $p=0,536$)

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce VAS-anksiyete puan ortancası 7,0 (çeyrekler arası genişliği=5,0-9,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce VAS-anksiyete puan ortancası 7,0 (çeyrekler arası genişliği=5,0-8,0)’dir. Gruplar arasında VAS-anksiyete puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,221$, $p =0,825$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların terapötik dokunmanın 15. dakikası VAS-anksiyete puan ortancası 4,0 (çeyrekler arası genişliği=2,5-5,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyatın 15. dakikası VAS-anksiyete puan ortancası 9,0 (çeyrekler arası genişliği=8,0-10,0)’dir. Gruplar arasında VAS anksiyete puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-8,884$, $p=0,000$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların VAS-anksiyete sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra VAS-anksiyete puan ortancası 1,0 (çeyrekler arası genişliği=1,0-3,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra VAS-anksiyete puan ortancası 8,0 (çeyrekler arası genişliği=8,0-10,0)’dir. Gruplar arasında VAS-anksiyete puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-9,264$, $p=0,000$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların VAS-anksiyete sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra VAS-anksiyete puan ortancası 1,0 (0,0-1,0) iken, kontrol grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra VAS puan ortancası 8,0 (çeyrekler arası genişliği=8,0-9,0)’dir. Gruplar arasında VAS-anksiyete puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-9,337$, $p=0,000$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların VAS-anksiyete sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Tablo 24’te görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların VAS-anksiyete ölçümlerinin sıra ortalamaları 1., 2. ölçümlerde artmış; 2., 3., 4. ölçümlerde ise

azalmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise 1., 2., 3., 4., 5., ölçümlerde artış göstermiştir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında solunum puan ortancası 22,0 (çeyrekler arası genişliği=20-22) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında solunum puan ortancası 21,0 (çeyrekler arası genişliği=20,0-22,0)'dir. Gruplar arasında solunum puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-2,557$, $p=0,011$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce solunum puan ortancası 22,0 (çeyrekler arası genişliği=20-22) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce solunum puan ortancası 22,0 (çeyrekler arası genişliği=20,0-24,0)'dir. Gruplar arasında solunum puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,120$, $p=0,905$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların terapötik dokunma 15. dakikası solunum puan ortancası 20,0 (çeyrekler arası genişliği=20-22); kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyatın 15. dakikası solunum puan ortancası 22,0 (çeyrekler arası genişliği=21,0-24,0)'dir. Gruplar arasında solunum puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-4,407$, $p=0,000$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların solunum sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra solunum puan ortancası 21,0 (çeyrekler arası genişliği=20-22); kontrol grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra solunum puan ortancası 22,0 (çeyrekler arası genişliği=20,0-23,0)'dir. Gruplar arasında solunum puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-3,113$, $p=0,002$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların solunum sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra solunum puan ortancası 22,0 (çeyrekler arası genişliği=20-22) iken, kontrol grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra solunum puan ortancası 22,0 (çeyrekler arası genişliği=20,0-22,0)'dir. Gruplar arasında solunum puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,647$, $p=0,518$) (Tablo 24).

Kontrol grubundaki hastaların solunum sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (çeyrekler arası genişliği=98,0-98,0)

iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (çeyrekler arası genişliği=98,0-98,0)'dir. Gruplar arasında oksijen saturasyonu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z = -0,469$, $p = 0,639$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (çeyrekler arası genişliği=98,0-98,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (çeyrekler arası genişliği=98,0-98,0)'dir. Gruplar arasında oksijen saturasyonu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z = -0,392$, $p = 0,695$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların terapötik dokunma 15. dakikası oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (98,0-98,0) iken, kontrol grubundaki hastaların Ameliyathanede ameliyatın 15. dakikası oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (çeyrekler arası genişliği=98,0-98,0)'dir. Gruplar arasında oksijen saturasyonu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z = -0,807$, $p = 0,420$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (çeyrekler arası genişliği=98,0-98,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (çeyrekler arası genişliği=98,0-98,0)'dir. Gruplar arasında oksijen saturasyonu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z = -0,590$, $p = 0,555$)

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (çeyrekler arası genişliği=98,0-98,0) iken, kontrol grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra oksijen saturasyonu puan ortancası 98,0 (çeyrekler arası genişliği=97,5-98,0)'dir. Gruplar arasında oksijen saturasyonu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z = -0,621$, $p = 0,534$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında nabız puan ortancası 73,0 (çeyrekler arası genişliği=67,0-76,5) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında nabız puan ortancası 70,0 (çeyrekler arası genişliği=65,0-80,5)'dir. Gruplar arasında nabız puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z = -0,931$, $p = 0,352$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce nabız puan ortancası 76,0 (çeyrekler arası genişliği=68,0-78,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce nabız puan ortancası 70,0 (çeyrekler arası genişliği=66,0-81,0)'dir. Gruplar arasında nabız puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,312$, $p=0,190$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların terapötik dokunma 15. dakikası nabız puan ortancası 74,0 (çeyrekler arası genişliği=68,5-79,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyatın 15. dakikası nabız puan ortancası 75,0 (çeyrekler arası genişliği=70,5-84,0)'dir. Gruplar arasında nabız puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,799$, $p=0,072$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra nabız puan ortancası 74,0 (çeyrekler arası genişliği=69,5-78,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra nabız puan ortancası 74,0 (çeyrekler arası genişliği=70,0-84,0)'dir. Gruplar arasında nabız puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,861$, $p=0,389$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra nabız puan ortancası 74,0 (çeyrekler arası genişliği=69,0-78,0) iken, kontrol grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra nabız puan ortancası 74,0 (çeyrekler arası genişliği=70,0-84,0)'dir. Gruplar arasında nabız puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,648$, $p=0,17$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında; sistolik tansiyon puan ortancası 135,0 (çeyrekler arası genişliği=120,0-149,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında sistolik tansiyon puan ortancası 130,0 (çeyrekler arası genişliği=120,0-140,0)'dir. Gruplar arasında sistolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,548$, $p=0,122$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce sistolik tansiyon puan ortancası 145,0 (çeyrekler arası genişliği=130,0-161,5) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce sistolik tansiyon puan ortancası 140,0 (çeyrekler arası genişliği=132,0-150,0)'dir. Gruplar arasında sistolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,453$, $p=0,146$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların terapötik dokunma 15. dakikası sistolik tansiyon puan ortancası 135,0 (çeyrekler arası genişliği=120,5-149,5) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyatın 15. dakikası sistolik tansiyon puan ortancası 150,0 (çeyrekler arası genişliği=140,0-159,5)'dir. Gruplar arasında sistolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-3,613$, $p=0,000$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların sistolik tansiyon sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra sistolik tansiyon puan ortancası 132,0 (çeyrekler arası genişliği=120,0-150,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra sistolik tansiyon puan ortancası 145,0 (çeyrekler arası genişliği=140,0-151,5)'dir. Gruplar arasında sistolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-3,080$, $p=0,002$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların sistolik tansiyon sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra sistolik tansiyon puan ortancası 130,0 (çeyrekler arası genişliği=120,0-150,0) iken, kontrol grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra sistolik tansiyon puan ortancası 140,0 (çeyrekler arası genişliği=130,0-150,0)'dir. Gruplar arasında sistolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-2,158$, $p=0,031$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların sistolik tansiyon sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında diyastolik tansiyon puan ortancası 80,0 (çeyrekler arası genişliği=70,0-80,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında diyastolik tansiyon puan ortancası 80,0 (çeyrekler arası genişliği=70,0-80,0)'dir. Gruplar arasında sistolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,118$, $p=0,906$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce diyastolik tansiyon puan ortancası 80,0 (çeyrekler arası genişliği=70,0-80,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce diyastolik tansiyon puan ortancası 80,0 (çeyrekler arası genişliği=74,0-84,0)'dir. Gruplar arasında diyastolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,951$, $p=0,342$) (Tablo 24).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların terapötik dokunma 15. dakikası diyastolik tansiyon puan ortancası 75,0 (çeyrekler arası genişliği=69,5-80,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyatın 15. dakikası diyastolik tansiyon puan ortancası 80,0 (çeyrekler arası genişliği=72,0-86,0)'dir. Gruplar arasında diyastolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-3,189$, $p=0,001$). Kontrol grubundaki hastaların diyastolik tansiyon sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra diyastolik tansiyon puan ortancası 72,0 (çeyrekler arası genişliği=70,0-80,0) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra diyastolik tansiyon puan ortancası 80,0 (çeyrekler arası genişliği=71,0-80,0)'dir. Gruplar arasında diyastolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-2,859$, $p=0,004$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların diyastolik tansiyon sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra diyastolik tansiyon puan ortancası 70,0 (çeyrekler arası genişliği=70,0-80,0) iken, kontrol grubundaki hastaların hasta yatağa alındıktan sonra diyastolik tansiyon puan ortancası 80,0 (çeyrekler arası genişliği=77,5-80,0)'dir. Gruplar arasında diyastolik tansiyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-3,695$, $p=0,000$) (Tablo 24). Kontrol grubundaki hastaların diyastolik tansiyon sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Tablo 25. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Girişim		Kontrol		z	p*
	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)		
A.	58,77	50 (46-55)	56,23	51 (46-54)	-0,412	0,681
B.	58,27	51 (47-55)	56,73	50 (45-55)	-0,250	0,803
C.	47,85	44,00 (41,00-47,00)	67,15	47,00 (44,00-51,00)	-3,125	0,002
D.	52,46	48,00 (45,00-53,00)	62,54	51,00 (45,00-56,00)	-1,629	0,103

* Mann Whitney U testi

A. Ameliyattan Önce Hasta Odasında Durumluluk Kaygı Puanı, **B.** Ameliyattan Önce Hasta Odasında Sürekli Kaygı Puanı, **C.** Ameliyattan Sonra Durumluluk Kaygı Puanı, **D.** Ameliyattan Sonra Sürekli Kaygı Puanını ifade etmektedir.

Tablo 25'de görüldüğü gibi araştırma grubuna alınan girişim grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında durumluluk kaygı puan ortancası 50

(çeyrekler arası genişliği=46-55) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında durumluluk kaygı puanı ortancası 51 (çeyrekler arası genişliği=46-54)'dir. Gruplar arasında ameliyattan önce durumluluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,412$, $p=0,681$).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında sürekli kaygı puan ortancası 51 (çeyrekler arası genişliği=47-55) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan önce hasta odasında sürekli kaygı puan ortancası 47,00 (çeyrekler arası genişliği=44,00-51,00)'dir. Gruplar arasında ameliyattan önce sürekli kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,629$, $p=0,103$) (Tablo 25).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan sonra durumluluk kaygı puanı ortancası 44,00 (çeyrekler arası genişliği=41,00-47,00) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra durumluluk kaygı puan ortancası 47,00 (çeyrekler arası genişliği=44,00-51,00)'dir. Gruplar arasında ameliyattan sonra durumluluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-3,125$, $p=0,002$) (Tablo 25). Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra durumluluk kaygı puanı sıra ortalaması girişim grubundan yüksektir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan sonra sürekli kaygı puanı ortancası 48,00 (çeyrekler arası genişliği=45,00-53,00) iken, kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra sürekli kaygı puan ortancası 51,00 (çeyrekler arası genişliği=45,00-56,00)'dir. Gruplar arasında ameliyattan sonra sürekli kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,629$, $p=0,103$) (Tablo 25).

Tablo 26. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Girişim (n=57)		Kontrol (n=57)		z	p*
	Sıra Ortalaması	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ortalaması	Ortanca (%25-%75 çeyrek)		
HBMÖ	84,11	95,78(80,52-100,00)	30,89	60,00(57,89-60,00)	-8,768	0,000

* Mann Whitney U testi

Tablo 26’da görüldüğü gibi araştırma grubuna alınan girişim grubundaki hastaların HBMÖ puan ortancası 95,78 (çeyrekler arası genişliği=80,52-100,00) iken, kontrol grubundaki hastaların HBMÖ puan ortancası 60,00 (çeyrekler arası genişliği=57,89-60,00)’dır. Gruplar arasında HBMÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubu hastaların HBMÖ sıra ortalaması kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksektir ($z=-8,768$, $p=0,000$).

Tablo 27. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Durumu

Değişkenler	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		z	p*
	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)		
<u>Girişim Grubu</u>						
Durumluluk Kaygı	13,85	50,0 (46,5-55,0)	32,22	44,0 (41,0-47,0)	-5,471	0,000
Sürekli Kaygı	27,69	51,0 (47,0-55,0)	25,23	48,0 (45,0-53,0)	-2,066	0,039
<u>Kontrol Grubu</u>						
Durumluluk Kaygı	19,57	51,0 (46,0-54,0)	29,05	47 (44-51)	-3,784	0,000
Sürekli Kaygı	29,78	50 (45-55)	21,85	51 (45-56)	-0,460	0,646

*Wilcoxon İşaretili Sıra Testi

Tablo 27’de görüldüğü gibi araştırma grubuna alınan girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi Spielberg durumluluk kaygı ölçeği puan ortancası 50,0 (çeyrekler arası genişliği=46,5-55,0); ameliyat sonrası puan ortancası 44 (çeyrekler arası genişliği=41-47)’dir. Girişim grubunda ameliyat öncesi ve sonrası Spielberg durumluluk kaygı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-5,471$, $p= 0,000$). Ameliyat sonrası ölçek puanı sıra ortalaması daha yüksektir.

Araştırma grubuna alınan girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi Spielberg sürekli kaygı puan ortancası 51,0 (çeyrekler arası genişliği=47,0-55,0) iken, ameliyat sonrası puan ortancası 48 (çeyrekler arası genişliği=45-53)’dir. Girişim grubunda ameliyat öncesi ve sonrası Spielberg sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-2,066$, $p=0,039$) (Tablo 27). Hastaların ameliyat öncesi ölçek puanı sıra ortalaması daha yüksektir.

Araştırma grubuna alınan kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi Spielberg durumlilik kaygı ölçeği puan ortancası 51,0 (çeyrekler arası genişliği=46,0-54,0) iken, ameliyat sonrası puan ortancası 47 (çeyrekler arası genişliği=44-51)'dir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi ve sonrası Spielberg durumlilik kaygı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-3,784$, $p=0,000$) (Tablo 27). Ameliyat sonrası ölçek puanı sıra ortalaması daha yüksektir.

Araştırma grubuna alınan kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi Spielberg sürekli kaygı ölçeği puan ortancası 50 (çeyrekler arası genişliği=45-55) iken, ameliyat sonrası ortancası 51 (çeyrekler arası genişliği=45-56)'dir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi ve sonrası Spielberg sürekli kaygı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,460$, $p=0,646$) (Tablo 27).

4. 5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ZAMAN İÇERİSİNDE VAS-ANKSİYETE ve VİTAL BULGULARIN ZAMAN İÇERESİNDEKİ DEĞİŞİMİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 28. Araştırma Örneklemine Alınan Girişim Grubundaki Hastaların VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçeresindeki Değişimi

Değişkenler	<u>Birinci ölçüm (n=57)</u>		<u>İkinci ölçüm (n=57)</u>		<u>Üçüncü ölçüm (n=57)</u>		<u>Dördüncü ölçüm (n=57)</u>		<u>Besinci ölçüm (n=57)</u>		TEST İSTATİSTİĞİ	
	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75. çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75. Değer)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75. çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25 %75. çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75. çeyrek)	ki-kare	p
VAS-ANKSİYETE	4,00	5 (3-5)	4,78	7 (5-9)	2,96	4 (2,5-5)	1,86	1 (1-3)	1,40	1 (0-1)	199,33	0,000*
SOLUNUM	3,26	22 (20-22)	3,44	22 (20-22)	2,44	20 (20-22)	2,78	21 (20-22)	3,07	22 (20-22)	23,44	0,000*
OKSİJEN SATURASYONU	2,89	98 (98-98)	2,90	98 (98-98)	3,17	98 (98-98)	3,04	98 (98-98)	3,00	98 (98-98)	6,063	0,195*
NABIZ	2,76	73 (67-76,5)	3,70	76 (68-78)	2,56	74 (68,5-79)	2,90	74 (69-78)	3,07	74 (69-78)	22,770	0,000*
SİSTOLİK TANSİYON	2,97	135 (120-149)	4,18	145 (130-161,5)	2,89	135 (120,5-149,5)	2,72	132 (120-150)	2,23	130 (120-150)	54,620	0,000*
DİYASTOLİK TANSİYON	3,49	80 (70-80)	3,64	80 (70-80)	2,75	75 (69,5-80,00)	2,72	72 (70-80)	2,39	70 (70-80)	35,499	0,000*

* Friedman test

Tablo 28’de araştırma grubuna alınan girişim grubundaki hastaların VAS-Anksiyete ve vital bulguların zaman içerisindeki değişimi verilmiştir. Bu tabloya göre solunum ve oksijen saturasyonu ortancası hariç VAS-anksiyete ortancasının 1. ve 2. ölçümlerde yüksek; 3., 4., 5., ölçümlerde düştüğü; benzer şekilde, nabız, kan basıncı ortancalarının ilk iki ölçümlerdeki yüksek, terapötik dokunma sonrasında itibaren (3., 4., 5. ölçümlerde) anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir.

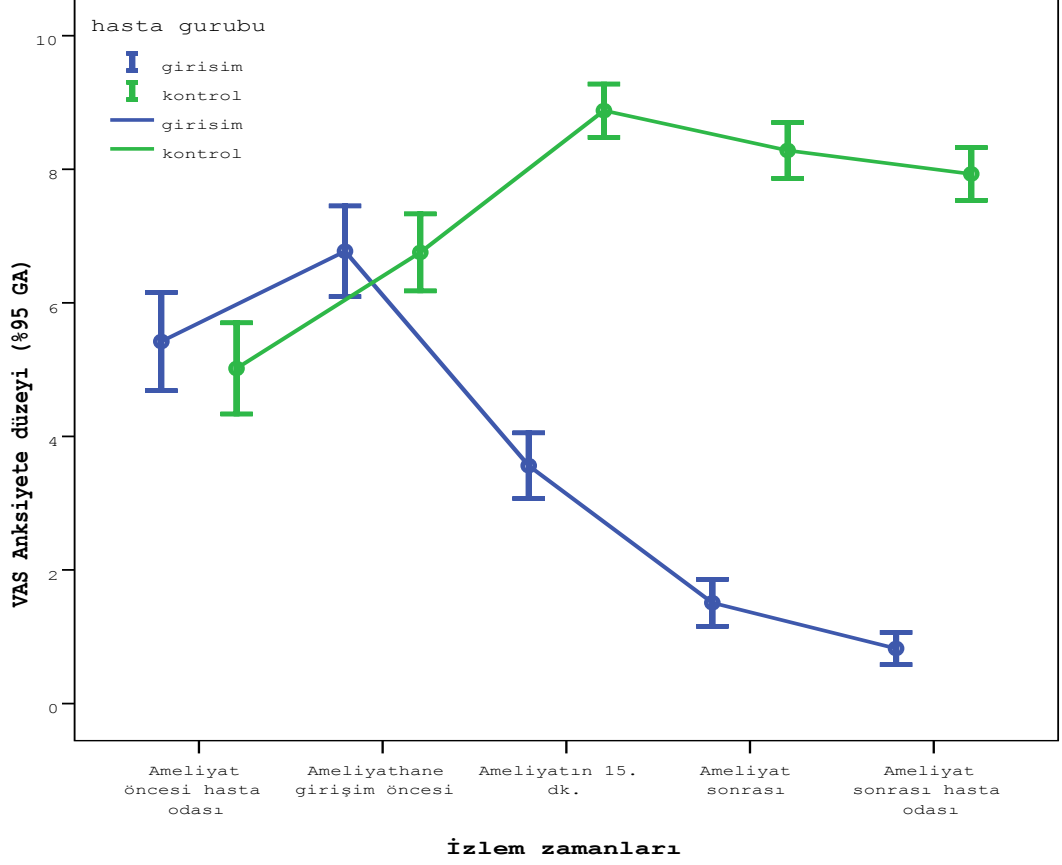
Tablo 29’de araştırma grubuna alınan kontrol grubundaki hastaların VAS-anksiyete ve vital bulguların zaman içerisindeki değişimi verilmiştir. Bu tabloya göre solunum ortancası hariç VAS-anksiyete ortancasının 1. ve 2. ölçümlerde yüksek; 3., 4., 5., ölçümlerde de yükselişin devam ettiği; benzer şekilde solunum, nabız, kan basıncı ortancalarının ilk iki ölçümlerdeki yüksek, sonraki ölçümlerde (3., 4.ölçümlerde) anlamlı düzeyde yükseldiği; son ölçümde (5. ölçümlerde) ise az da olsa 4. ölçümlere göre düşüş belirlenmiştir.

Tablo 29. Araştırma Örneklemine Alınan Kontrol Grubundaki Hastaların VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçerisindeki Değişimi

Değişkenler	Birinci ölçüm (n=57)		İkinci ölçüm (n=57)		Üçüncü ölçüm (n=57)		Dördüncü ölçüm (n=57)		Beşinci ölçüm (n=57)		Test İstatistiği	
	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Ki-kare	P*
VAS-ANKSİYETE	1,43	5 (3-6)	2,45	7 (5-8)	4,28	9 (8-10)	3,63	8 (8-10)	3,21	8(8-9)	134,08	0,000*
SOLUNUM	1,96	21 (20-22)	3,08	22 (20-24)	3,85	22 (21-24)	3,27	22 (20-23)	2,84	22 (20-22)	61,95	0,000*
OKSİJEN SATURASYONU	2,97	98 (98-98)	3,03	98 (98-98)	3,06	98 (98-98)	2,98	98 (98-98)	2,96	98 (97,5-98)	0,671	0,955*
NABİZ	1,88	70 (65-80,5)	1,99	70 (66-81)	4,25	75 (70.5-84)	3,58	74 (70-84)	3,31	74 (70-84)	112,053	0,000*
SİSTOLİK TANSİYON	1,44	130 (120-140)	3,01	140 (132-150)	4,30	150 (140-159.5)	3,61	145 (140-151,5)	2,65	140 (130-150)	116,521	0,000*
DİYASTOLİK TANSİYON	2,64	80 (70-80)	3,19	80 (74-84)	3,34	80 (72-86)	2,87	80 (71-80)	2,96	80 (77,5-80)	10,496	0,033*

* Friedman test

Grafik 7. Araştırma Örneklemine Alınan Girişim ve Kontrol Gruplarında VAS-Anksiyete Puanlarının Zaman İçerisindeki Değişimi



Grafik 7'de araştırma örneğine alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-anksiyete puanlarının zaman içerisindeki değişimi verilmiştir. Girişim grubundaki hastaların beş ölçümde (ameliyattan önce hasta odasında, ameliyathane ameliyat başlamadan önce, ameliyatın 15. dakikasında, ameliyattan hemen sonra ve hasta yatağa alındıktan sonra) VAS-anksiyete puanlarında kontrol grubuna göre düşme saptanmıştır.

Tablo 30. Araştırma Örneklemine Alınan Girişim Grubundaki Hastaların Terapötik Dokunmanın 15. Dakikasından sonra VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçerisindeki Değişimi

Değişkenler	Üçüncü ölçüm(n=57)		Dördüncü ölçüm (n=57)		Beşinci ölçüm (n=57)		ki-kare	p
	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75. çeyrek)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75 çeyrek)		
VAS	2,80	4 (2,5-4)	1,82	1 (1-1)	1,38	1 (0-1)	81,68	0,000*
SOLUNUM	1,79	20 (20-22)	2,00	21 (20-22)	2,21	22 (20-22)	10,29	0,006*
OKSİJEN SATURASYONU	2,06	98 (98-98)	1,98	98 (98-98)	1,96	98 (98-98)	2,89	0,236*
NABIZ	1,77	74 (68,5-79)	2,07	74 (69,5-78)	2,16	74 (69-78)	9,25	0,010*
SİSTOLİK TANSİYON	2,24	135 (120,5-149,5)	2,11	132 (120-150)	1,65	130 (120-150)	18,23	0,000*
DİYASTOLİK TANSİYON	2,12	75 (69,5-80)	2,04	72 (70-80)	1,84	70 (70-80)	4,54	0,103*

* Friedman test

Tablo 30'da görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların VAS-anksiyete sıra ortalamasının 3. ölçümden itibaren düşüş gösterdiği belirlenmiştir. Oksijen saturasyonu, sistolik ve diyastolik tansiyon değerlerinin sıra ortalamaları 3. ölçümden sonra azalırken, nabız ve solunum değerlerinin sıra ortalamalarında artma saptanmıştır.

Tablo 31'da görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların VAS-anksiyete sıra ortalamasının 3. ölçümden itibaren arttığı belirlenmiştir. Yapılan diğer ölçüm değerlerinin sıra ortalamaları 3. ölçümden sonra azaldığı belirlenmiştir.



Tablo 31. Araştırma Örneklemine Alınan Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyatın 15. Dakikasından sonra VAS-Anksiyete ve Vital Bulguların Zaman İçerisindeki Değişimi

Değişkenler	<u>Üçüncü ölçüm (n=57)</u>		<u>Dördüncü ölçüm (n=57)</u>		<u>Beşinci ölçüm (n=57)</u>		Ki-kare	p
	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75. Değer)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75. Değer)	Sıra Ort.	Ortanca (%25-%75. Değer)		
VAS	2,43	9 (8-10)	1,89	8 (8-10)	1,68	8 (8-9)	31,31	0,000*
SOLUNUM	2,33	22 (21-24)	1,96	22 (20-23)	1,71	22 (20-22)	22,84	0,000*
OKSİJEN SATURASYONU	2,04	98 (98-98)	1,99	98 (98-98)	1,96	98 (97,5-98)	1,273	0,529*
NABİZ	2,45	75 (70,5-84)	1,89	74 (70-84)	1,67	74 (70-84)	27,18	0,000*
SİSTOLİK TANSİYON	2,46	150 (140-159,5)	2,07	145 (140-151,5)	1,46	140 (130-150)	37,89	0,000*
DİYASTOLİK TANSİYON	2,22	80 (72-86)	1,88	80 (71-80)	1,90	80 (77,5-80)	8,411	0,015*

* Friedman testi

5. TARTIŞMA

5. 1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARLA İLGİLİ TANITICI BULGULARIN İNCELENMESİ

Yaşlanmayla birlikte lens saydamlığını kaybederek katarakt oluşmaktadır. Katarakt, küresel körlük vakalarının yarısının nedenidir ve en yaygın yaşlılarda görülür. Kataraktın en geçerli ve kanıtlanmış tedavisi cerrahidir (Kaymakçı 2011; Erdil ve Elbaş 2012).

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortancası 65-66 arasındadır. Gruplar arasında yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1). Bu sonuç yaş gruplarına göre girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların araştırma planına uygun olarak eşleşmiş olduğunu göstermektedir. Boezaart ve arkadaşlarının (1998) kombine peri ve retrobulber göz blok katarakt cerrahisinde ağrı ile ilişkili anksiyeteyi değerlendirdikleri çalışmada yaş ortalaması $67,2\pm 12,5$ olarak belirlenmiştir (Boezaart ve ark. 1998). Alp ve arkadaşlarının (2004) nonproliferatif diyabetik retinopatili hastalarda katarakt ameliyatının orbita kan akımına etkisini inceledikleri çalışmada ise girişim grubu yaş ortalaması $62,5\pm 12,7$ iken, kontrol grubunun $61,3\pm 11,1$ 'dir (Alp ve ark. 2004). Yaşlanma sonucunda lensin saydamlığı azalmakta ve lens kırıcı özelliği ile birlikte, ışığı retinaya iletme ve uyum yapma özelliğini de kaybetmektedir (Kaymakçı 2011; Erdil ve Elbaş 2012). Bu araştırma bulguları yurt içi ve yurt dışında yapılan çalışmalar ile uyumludur. Ayrıca çalışmadan elde edilen bulgular kataraktın yaşlı nüfusta görülme oranının yüksek olduğunu destekler niteliktedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastalarda kadın ve erkeklerin oranı eşittir (Tablo 2). Bu sonuç cinsiyete göre girişim ve kontrol grubundaki hastaların araştırma planına uygun olarak eşleşmiş olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda örnekleme alınan kadın erkek oranları bu çalışmaya benzer bulunmuştur (Küçüksemer ve ark. 2000; Coşkun ve ark. 2006). Ayrıca katarakt risk faktörlerini belirlemek üzere yapılan çalışmalarda, cinsiyet ile katarakt arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Foster ve ark. 2003, Özge ve ark. 2006). Bu araştırma bulguları katarakt görülme sıklığının cinsiyete göre değişmediğini göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların dörtte üçü evlidir. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3). Moon ve Cho'nun (2001) katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın anksiyeteye etkisini değerlendirdikleri çalışmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun evli olduğu bildirilmiştir (Moon ve Cho 2001). Türkiye istatistik kurumu 2014 yılı verilerine göre, yaşlı erkek nüfusun %83'ünün, yaşlı kadın nüfusun %43,2'sinin resmi nikahla evli olduğu saptanmıştır (TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015). Bu araştırmanın bulguları literatür ile uyumludur. Araştırma örnekleminin medeni durum açısından Türk toplumunu temsil ettiği söylenebilir.

Araştırma grubuna alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun eğitim düzeyi düşüktür. Gruplar arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4). Bu sonuç eğitim düzeyine göre girişim ve kontrol grubundaki hastaların araştırma planına uygun olarak eşleşmiş olduğunu göstermektedir. Marback ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da hastaların çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Marback ve ark 2012). Türkiye'de 65 ve yaş üzerinde eğitim düzeyi düşüktür. 2013 yılında yaşlı erkek nüfusta okuma ve yazma bilmeyenlerin oranı %9,8 iken, yaşlı kadın nüfusta bu oran %34,9'dur. İlkokul mezunu olan yaşlı erkeklerin oranı %52,6 iken, yaşlı kadınların oranı %32,4 olarak bildirilmiştir (TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015). Bu çalışmanın bulguları literatür ile paralellik göstermekte ve Türk toplumunun eğitim düzeyini yansıtmaktadır.

Araştırma grubundaki şişman hastaların %56'sı girişim ve %44'ü kontrol grubundadır. Gruplar arasında beden kitle indeksi değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5). Kronik hastalıklar final raporunda (2013) 35 yaş üstü erkek ve kadınların yarısından fazlasının şişman olduğu belirtilmektedir (Ünal ve ark. 2013). Ayrıca toplumda erişkin nüfustaki erkeklerin %38,1'inin fazla kilolu ve %14,8'inin obez, kadınların %32,1'inin fazla kilolu ve %32,1'inin obez olduğu bildirilmiştir (TUİK 2014). Türkiye genelinde 2012 yılında, yaşlı nüfusta obezite oranı %25 olarak saptanmıştır (TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Obezite yaşlılarda diyabet, hipertansiyon gibi hastalık riskini arttırdığı için bu hastalara sağlıklı beslenme, obezitenin neden olduğu hastalıklar ve sağlıklı zayıflama

yöntemleri konularında eğitim programları düzenlenmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma grubuna alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun gelirinin ortalama düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Türkiye'de toplumun %47,5'inin gelirinin ortalama düzeyde olduğu bildirilmiştir (TÜİK 2014). 65 yaş üstü bireylerin %75,5'inin emekli-dul-yetim aylığı aldığı belirlenmiştir (TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015). Araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir. Eğitim seviyesi ve yaş ortalaması göz önüne alındığında hastaların ortalama gelir düzeyinde olmaları olağan olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunda halen sigara içen hastaların %50'si girişim, %45'i kontrol grubundadır. Gruplar arasında sigara içme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7). Özge ve arkadaşlarının (2006) katarakt ameliyatı geçirmiş hastaların sigara içme durumunu belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların %43,9'unun sigara içtiği bildirilmiştir (Özge ve ark. 2006). Tunç ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada sigara içen 40 KOAH hastasının %40'ında katarakt olduğunu belirlemişlerdir (Tunç ve ark. 2003). Bormusov ve arkadaşları (2013) yaptıkları deneysel çalışmada içilen sigara miktarı ile lenste hasar oluşması arasında ilişki olduğunu saptamışlardır (Bormusov ve ark. 2013). Türkiye genelinde 2012 yılında, yaşlı nüfusun %8,4'ünün her gün düzenli olarak tütün mamulü kullandığı, her gün kullanan yaşlı erkek nüfus oranı %16 iken, yaşlı kadın nüfusta %2,6 olduğu saptanmıştır (TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015). Bu çalışma bulguları literatüre benzerlik göstermektedir. Araştırma kapsamına sadece kataraktlı bireyler alındığı için kataraktı olmayan bireyler ile bir karşılaştırma yapılamamıştır. Bununla birlikte hastalarda sigara içme oranının küçümsenemeyecek düzeyde olması dikkat çekici bir bulgudur. Sigaranın zararları konusunda eğitim verilmesinin gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma örneğine alınan ilde yaşayan hastaların %55,1'i girişim, %44,9'u kontrol grubundadır. Gruplar arasında hastaların yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8). Araştırmaya alınan hastaların ilde yaşama oranının yüksek olması; kentsel kesimde sağlığa ulaşım imkânının daha fazla olması ve araştırma yapılan hastanenin şehir merkezinde bulunması nedeniyle bireylerin daha fazla hekime başvurmaları ile açıklanabilir.

Araştırma örneğine alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır (Tablo 9). Hastalara tedavi ve

rehabilitasyon sürecinde bakım gereksinimlerini yerine getirebilmelerine yardımcı olacak ve sosyal destek sağlayacak yakınlarının bulunması iyileşme sürecini de olumlu yönde etkileyecektir. Ayrıca ameliyat ve taburculuk sonrası dönemde hastanın takibi; komplikasyonların erken dönemde belirlenmesi, ilaç ve damla uygulamalarına ve aktivite sınırlamalarına uyum, göz bakımı ve gözün korunması, görsel iyileşmenin takibi, hastanın kaygısının azaltılması ve yaşadığı güçlükleri gidermek için önemlidir. Hastanın bu süreçte kendisine yardımcı olacak bireylere ihtiyacı vardır (Erdil ve Elbaş 2012; Kaymakçı 2011). Hastaların Türk toplumunun kültürel yapısı, özellikleri ve aile bağlarının güçlü olması nedeniyle aileleri ile birlikte yaşadığı düşünülmektedir.

Araştırma grubunda daha önce önemli bir hastalık geçiren hastaların %64,3'ü girişim, %35,7'si kontrol grubundadır (Tablo 10). Kronik hastalıklar yaş arttıkça daha fazla oranda görülmektedir (Ünal ve ark. 2013). Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle kronik hastalıkların da fazla görüldüğü kanısına varılmıştır.

Araştırma grubuna alınan hastaların yarıya yakını sürekli ilaç kullanmaktadır (Tablo 11). Yaşlanma süreciyle birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik değişiklikler tüm sistemleri etkilemekte ve temel olarak duyuşal zayıflıklar, ruhsal sorunlar ve kronik hastalıklar ortaya çıkmaktadır (Karahana ve Güven 2002). Gökçe Kutsal ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında 65 yaş ve üzerindeki bireylerin büyük çoğunluğunun en az bir ilaç kullandığı bildirilmiştir (Gökçe Kutsal ve ark. 2009). Turhan ve arkadaşlarının (2014) yaşlılarda ilaç uyumunun değerlendirildiği çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu (%94,2) sürekli ilaç kullandığını belirtmiştir (Turhan ve ark. 2014). Araştırma bulguları literatürdeki ilaç kullanma oranlarından düşük bulunmuştur. Araştırmadaki bireylerin yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle kronik hastalıkların tedavisine yönelik ilaç kullanıldığı düşünülmektedir.

Araştırma grubuna alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların daha az sayıda diyabet ve kalp hastalığı, üçte birinden fazlasında ise hipertansiyon bulunmaktadır (Tablo 12). Kronik hastalıklar final raporunda (2013) 65-74 yaş arasında diyabetin %24,2, hipertansiyonun ise %34,1 oranında görüldüğü belirtilmiştir. Yaş arttıkça kronik hastalıklar da artış göstermektedir. Bireylerin çoğu hastalıklarının farkında değildir (Ünal ve ark. 2013). TÜİK verilerinde erişkenlerde hekim tarafından diyabetin %6,7, kalp hastalığının %4,1 ve hipertansiyonun %12,8 oranında teşhis

edildiği bildirilmiştir (TUİK 2014). Bu araştırmada diyabet oranı Türkiye istatistiklerinden daha düşük bulunmasına karşın, hipertansiyon oranı benzerdir. Ancak diyabetteki farkındalık oranlarının düşüklüğü göz önüne alındığında bu oranın da istatistiklere yakın olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubunda alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yarısının daha önce hastanede yattığı ve herhangi bir nedenle ameliyat olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında daha önce hastanede yatma ve ameliyat olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13-14). Bu sonuç daha önce ameliyat olma durumuna göre girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların araştırma planına uygun olarak eşleşmiş olduğunu göstermektedir. Araştırma grubunun daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu yaş grubuna bağlı olarak sahip oldukları hastalıklarının tedavisi için hastaneye başvurmaları ile açıklanabilir.

Araştırma grubuna alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yarısı ameliyat hakkında bilgi almıştır. Gruplar arasında ameliyat hakkında bilgi alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15). Ameliyat hakkında bilgi alma durumuna göre girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların araştırma planına uygun olarak eşleşmiş olduğunu göstermektedir. Yılmaz'ın (2000) ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisini incelediği çalışmada; hemşirelerin yaptığı hasta eğitiminin komplikasyonları azalttığı belirlenmiştir (Yılmaz 2000). Coşkun ve Albayrak'ın (2001) çalışmasında ise; hastaların yaklaşık %70'ine hemşireler tarafından bilgi verilmediği ve hastaların en fazla taburculuk eğitimi hakkında bilgi almak istedikleri saptanmıştır (Coşkun ve Albayrak 2001). Gürlek ve Yavuz'un (2013) çalışmasında da hastalara hemşireler tarafından yeterli bilgi verilmediği belirtilmiştir (Gürlek ve Yavuz 2013). Araştırma bulguları literatür ile uyumludur.

Hastalara uygulanan planlı ve sistemli eğitimin hasta açısından önemi büyük olmasına rağmen ülkemizde yapılan çalışmalar hemşirelerin eğitici rollerini yerine getirmediklerini göstermiştir. Hastane kliniklerinde yapılan hasta eğitiminin hastalığın seyrini etkilemesi ve yaşam kalitesini yükseltmesi nedeniyle hasta açısından önemi açıktır. Yapılan çalışmalar hastaların hastalığa uyumunu sağlamak ve sağlıklı davranışlar kazandırmak için eğitimin gerekli olduğunu göstermektedir. Hasta sayısının fazla olması, hasta eğitiminde yeteri kadar donanımlı ve istekli bir hemşireyi bile engellemesi kaçınılmazdır. Hemşirelerin istedik şekilde hasta

eğitimini gerçekleştirebilmesi ve eğitimin hedefine ulaşabilmesi için hem hemşirelerin hasta eğitimi konusunda bilgili, istekli ve rolünü benimsemiş olması, hem de düzenli, sürekli ve planlı bakım verebileceği az sayıda hastanın olması gerekmektedir. Ayrıca bireylerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi için hasta eğitiminin kapsamlı bir şekilde ele alınması, bilimsel bir temele dayandırılması ve yapılan bu eğitimin profesyoneller tarafından yerine getirilmesi gerekmektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2009).

Cerrahi girişim öncesinde gerçekleştirilen hasta eğitimi, hastanın cerrahi girişiminin her bir evresinde ne olacağını bilmesinde, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesinde ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasında önemli katkı sağlamaktadır. Hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması nitelikli hasta bakım sonuçlarının bir göstergesidir. Hemşirelerin ameliyat öncesi eğitim ile yaptıkları araştırmalarda ameliyat öncesinde verilen bilginin tedaviye uyma memnuniyette artma, ameliyat sonrasında daha çabuk iyileşme, anksiyete de azalma, ameliyat sonrası komplikasyonlarda azalma hastanede kalma süresini etkilediğini desteklemektedir (Yavuz 2011). Bu araştırmada ameliyat sonrası ve taburculuk eğitiminin araştırma grubunun yaşlı bireylerden oluşması ve eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle daha önemli olduğu dşnlmştr.

Araştırma grubuna alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalık süresi ortancası 6-7 yıl arasında bulunmuştur (Tablo 16). Hastaların katarakt tanısı almalarından itibaren ameliyata kesin karar verme ve ameliyat gününün kurum tarafından belirlenmesinin bu sürede etkili olduğu dşnlmştr. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat süresi ortancası 30 dk. ve hastanede yatış süresi ortancası bir gündür (Tablo 16). Ameliyat ve hastanede kalış süresinin gruplar arasında eşitliği, yapılan ameliyatın standart bir ameliyat olması ve ameliyatı yapan ekibin aynı olması ile açıklanabilir.

Literatürde katarakt ameliyatının günübirlik cerrahi olduğu belirtilmektedir (ilingir ve Bayraktar 2006). Katarakt ameliyatı sonrasında hastaların göz damlalarını düzenli bir şekilde uygulamaları gerekmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası göz kapatıldığı için hastalar günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorluklar yaşamaktadır (Kaymakçı 2011). Ingram ve arkadaşları (1983) günübirlik katarakt ameliyatı olan 244 hastanın %13'ünün hastanede kalmayı tercih ettiğini; %22'si hemşireler tarafından evde ziyaret edilmek istediklerini; başlıca gereklerinin ise günlük göz damlalarının uygulanmasında yaşadıkları glukler olduğunu

belirtmişlerdir (Ingram ve ark. 1983). Mavrikakis ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında katarakt ameliyatı olan hastaların tümünün göz damlası kullanma talimatlarını yeterli bulduğu, %61'inin ise kendi kendine göz damlası uygulamasını yapamadıkları bildirilmiştir (Mavrikakis ve ark. 2006).

Literatürde de görüldüğü gibi hastalar taburculuk sırasında sorunlar yaşamaktadır. Bu durum başta hemşireler olmak üzere sağlık ekibinin hasta ve yakınlarını taburculuğa yeterli bir şekilde hazırlamalarını gerekli kılmaktadır. Bu araştırmada hastalar günübirlik taburcu edilmemiş, ameliyatın ertesi günü taburcu edilmiştir. Araştırma bulguları literatür yatış süresi açısından literatür ile uygunluk göstermemektedir. Hastalara verilen eğitimin yetersiz olması, yaş ortalamasının yüksekliği ve eğitim düzeyinin düşük olduğu göz önüne alındığında hastanede bir günlük yatış süresinin hastaları taburculuğa ve evde bakıma hazırlamada daha yararlı olabileceği kanısına varılmıştır.

5. 2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DUYGU DURUMLARI İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma grubunda ameliyat esnasındaki duyu durumu iyi olan hastaların %68,4'ü girişim, %31,6'sı kontrol grubundadır. Girişim grubundaki hastaların duyu durumu daha iyi olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 17). Katarakt ameliyatı görme fonksiyonunun yitirme olasılığı nedeniyle korku yaratan bir durumdur ve bu ameliyatı olacak hastalar çok endişelidir. Ameliyatta topikal anestezi kullanılan hastalarda farkındalığın yarattığı korku ve endişe akut panik atağa neden olabilmektedir. Hastalar ile ameliyat esnasında kooperasyon kaybedilebilmekte, istemsiz hareketler ve bunun neden olduğu komplikasyonlar görülebilmektedir. (Moon ve Cho 2001; Leo ve ark. 2005; Kaymakçı 2011; Erdil ve Elbaş 2012). Ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmada farmakolojik yöntemlerin yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemlerde kullanılmaktadır. Gevşeme teknikleri, müzik, meditasyon, hayal kurma, masaj, biyofeedback ve terapötik dokunma bu yöntemler arasındadır (Kaymakçı 2011; Erdil ve Elbaş 2012).

Terapötik dokunma, empati oluşturma ve sözlü empati kurulamadığı durumlarda alternatif bir yöntem olarak kullanılmakta ve pozitif ya da negatif nörofizyolojik cevaplara neden olmaktadır. Richardson (2001) tamamlayıcı tedavi uygulayan hemşirelerin %68'inin masaj, %59'unun aromaterapi, %18'inin refleksoloji ve %13'ünün de terapötik dokunmayı kullandıklarını belirtmiştir (Richardson 2001).

Hemşirelik uygulamaları ile tamamlayıcı tedavilerin temel felsefesi aynıdır. Her ikisinin benzer yönleri, bireye bütüncül açıdan yaklaşımları, tedavi sırasında destekleyici rolde olmaları ve hastaya odaklanmalarıdır (Breen 2003).

Terapötik dokunma hastaların kendini iyi ve rahatlamış hissetmesini sağlamaktadır (Krieger 1993). Moon ve Cho'nun (2001) çalışmasında katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (Moon ve Cho 2001). Bu araştırma bulguları literatür ile uygunluk göstermektedir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat esnasındaki duygu durumlarının terapötik dokunma nedeniyle daha iyi olduğu düşünülmüştür.

Araştırma grubunda ameliyat esnasında ağrı ve rahatsızlık hissetmeyen hastaların %69,6'sı girişim, %30,4'ü kontrol grubundadır. Girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna göre daha az ağrı ve rahatsızlık hissettiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 18). Lin ve arkadaşları (1998) yaşlı hastalara uygulanan terapötik dokunmanın kronik ağrıyı azalttığını belirtmiştir (Lin ve ark. 1998). Aghabati ve arkadaşları (2008) ise kemoterapi alan hastalara uygulanan terapötik dokunmanın ağrı ve korkuları azalttığını bildirmiştir (Aghabati ve ark. 2008). Bu araştırmanın bulguları literatürü destekler niteliktedir. Girişim grubundaki hastaların daha az ağrı ve rahatsızlık hissetmesi terapötik dokunmanın etkisi ile açıklanabilir.

Araştırma grubunda ameliyat esnasında anksiyete/stres yaşayan hastaların %37,1'i girişim, %62,9'u kontrol grubundadır. Girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna göre daha az anksiyete/ stres yaşadığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 19). Literatürde katarakt cerrahisinin anksiyeteyi arttırdığı bildirilmiştir. Bassett ve arkadaşları (2007) 106 günübirlik katarakt ameliyatı olan hasta ile yaptıkları çalışmada; hastaların ameliyat öncesi endişe düzeylerini çok yüksek bulurken, ameliyat sonrası 24 saatte biraz azaldığını, ameliyattan 48 saat sonra çok azalmış olduğunu, altıncı haftada ise belirgin olarak azaldığını belirtmişlerdir (Bassett ve ark. 2007). Benzer şekilde Çilingir ve Bayraktar (2011) aralarında göz ameliyatı olan 230 hastanın birinci gün %55,7'sinin; ikinci gün %35,7'sini korku ve endişe yaşadıklarını saptamıştır (Çilingir ve Bayraktar 2011).

Literatürde anksiyeteyi azaltmak amacıyla terapötik dokunmadan yararlanıldığı belirtilmiştir. Terapötik dokunmada uygulayıcının parmakları aracılığı ile var olan enerji ortaya çıkarılır ve bu enerji anksiyeteyi azaltmada etkilidir (Krieger 1993; Khorshid ve Yapucu 2005; Yavuz 2006). Turner ve arkadaşları (1998) yanıklı hastalara uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeteyi ve ağrıyı azalttığını

saptamıştır (Turner ve ark. 1998). MacIntyre ve arkadaşları (2008) koroner arter bypass greft ameliyatı öncesi ve sonrasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeteyi azalttığı ve fonksiyonel durumu artırdığını belirtmiştir (MacIntyre ve ark. 1998). Başka bir çalışmada da koroner arter bypass greft öncesi uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (Moeini ve ark. 2008). Anderson ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında cerrahi hastalarına tedavi sürecinde uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (Anderson ve ark. 2009). Zolfaghari ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; İranlı kadın hastalarda kalp katerizasyonu öncesinde uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeteyi önemli derecede düşürdüğü, yaşam bulgularını normal seviyede tuttuğu ve aritmi oluşumunu azalttığı bildirilmiştir (Zolfaghari ve ark. 2012). Araştırma bulguları literatür ile uygunluk göstermektedir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat esnasında daha az anksiyete yaşaması terapötik dokunmanın rahatlatıcı etkisine bağlanmıştır.

Araştırmaya alınan girişim grubundaki hastalar aldıkları tedavi, bakımı ve tüm bakım ihtiyaçlarının karşılanma durumu kontrol grubundan daha iyi olarak ifade etmiştir ($p<0,05$) (Tablo 20-21). Hasta bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile sağlanabilir. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım, hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Cerrahi girişim sonrası, hastaların hemşirelik bakımına olan gereksinimleri artmaktadır. Bu dönemde hemşire; hastanın ameliyata verdiği fizyolojik ve psikolojik yanıtı değerlendirerek, iyileşmeyi hızlandıracak ve komplikasyonları önleyecek girişimler yapar (Yılmaz 2001; Boumans ve ark. 2005; Naomi 2006; Özer ve Çakıl 2007; Dinç 2009). Bu araştırma bulguları girişim grubundaki hastaların tedavi, bakımın çok iyi ve tüm ihtiyaçlarının karşılandığını ifade etmelerinin terapötik dokunma ile sağlanan etkili iletişim sonucu olduğu düşünülmektedir.

5. 3. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİNİN HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma grubunu oluşturan hastaları ameliyat öncesi hasta odasında VAS-anksiyete puan ortalamaları girişim grubunda $5,42\pm 2,77$, kontrol grubunda $5,02\pm 2,57$ 'dir (Tablo 22). Kindler ve arkadaşlarının (2000) ameliyat öncesi

anksiyeteyi değerlendirdiği çalışmada ameliyat öncesi korku VAS puan ortalaması $33,0\pm6,1$ 'dir (Kindler ve ark. 2000). Moon ve Cho'nun (2001) lokal anestezi ile yapılan katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın anksiyeteye etkisinin incelendiği çalışmada; ameliyat öncesi girişim grubunun VAS-anksiyete puan ortalaması $34,53\pm22,20$; kontrol grubunun ise 28.66 ± 12.20 'dir (Moon ve Cho 2001). Katarakt ameliyatı ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da hastaların ameliyat öncesi anksiyete yaşadığı belirtilmiştir (Bassett ve ark. 2007; ilingir ve Bayraktar 2011).

Man ve arkadaşlarının (2003) hastaların ameliyat esnasında kendilerinin seçip karar verdikleri konser, komedi vb. video çeşitlerinden herhangi bir video izletilmesinin anksiyeteye etkisini değerlendirdikleri çalışmada; ameliyat öncesi anksiyete puan ortalaması girişim grubunda $43,45\pm9,10$, kontrol grubunda ise $44,00\pm10,51$ olarak bulunmuştur (Man ve ark. 2003). Jawaid ve arkadaşları (2007) ameliyat öncesi ameliyat korku puan ortalamasını $57,65\pm25,51$, anestezi korku puan ortalamasını ise $38,14\pm26,05$ olarak bildirmişlerdir (Jawaid ve ark. 2007). Braden ve arkadaşlarının (2009) lavatin yağının ameliyat öncesi anksiyeteye etkisini inceledikleri çalışmada; girişim grubunun anksiyete puan ortalaması $41,80\pm27,00$, kontrol grubunun ise $36,23\pm24,15$ olarak saptanmıştır (Baraden ve ark. 2009). Vachıramon ve arkadaşlarının (2013) lokal anestezi ile yapılan cilt kanseri ameliyatında müzik dinletisinin anksiyeteye etkisini değerlendirdikleri çalışmada; ameliyat öncesi girişim grubunun anksiyete puan ortalaması $5,2\pm2,7$, kontrol grubununun ise $4,5\pm2,5$ 'dir (Vachıramon ve ark. 2013). Lee ve arkadaşları (2015) genel ve spinal anestezi uygulanacak hastalarda ameliyat öncesi anksiyeteyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; anksiyete puan ortalaması genel anestezi hastalarında $4,6\pm3,0$; spinal anestezi hastalarında ise $3,2\pm2,7$ olarak bulunmuştur (Lee ve ark. 2015).

Cerrahi girişimler her ne kadar yaşamı güvence altına alan uygulamalar olsa da, bireyleri biyofizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel alanlarda, olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ameliyat ncesi dönemde en sık karşılaşılan psikolojik sorunlardan birisi anksiyete olduğu bilinmektedir (Yavuz 2011; Erdil ve Elbaş 2012; Sertbaş ve Bahar 2004; Cimilli 2001). Bu araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir. Hastaların yaşadığı anksiyete ameliyata bağlı olabilir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyathanede ameliyat başlamadan önce VAS-anksiyete puan ortalamaları $6,77\pm2,56$, kontrol grubunun ise $6,75\pm2,17$ 'dir (Tablo 22). Ameliyathane ortamı hastaların yabancı

oldukları bir ortamdır ve buna bağlı stres yaşayabilirler (Özbayır 2011). Bu araştırma bulguları literatür ile uyumludur.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların VAS-anksiyete puan ortalaması, terapötik dokunmanın 15. dakikasında $3,56\pm 1,85$, kontrol grubundaki hastaların ameliyatın 15. dakikasında VAS anksiyete puan ortalaması $8,88\pm 1,50$ 'dir (Tablo 22). Kontrol grubundaki hastaların ameliyatın 15. dakikasında daha fazla anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastaların VAS-anksiyete puan ortalamalarının kontrol grubundan daha düşük olması terapötik dokunmanın etkisi ile açıklanabilir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyattan hemen sonra VAS-anksiyete puan ortalaması $1,50\pm 1,32$, kontrol grubunun $8,28\pm 1,58$ 'dir. Girişim grubundaki hastaların serviste yatağa alındıktan sonraki VAS-anksiyete puan ortalaması da kontrol grubundaki hastalardan düşüktür (Tablo 22). Merkezlenme ile ellere enerji akışının sağlandığı terapötik dokunma, anksiyetenin azalmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Ramnarine 1999; Carol 2000). Moon ve Cho'nun (2001) lokal anestezi ile yapılan katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın anksiyeteye etkisinin incelendiği çalışmada; ameliyat esnasında uygulanan dokunmanın anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (Moon ve Cho 2001).

Turner ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında yanıklı hastalara uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeteyi ve ağrıyı azalttığı belirtilmiştir (Turner ve ark. 1998). Lın ve arkadaşlarının (1998) yaşlı hastalara uygulanan terapötik dokunmanın kronik ağrıyı azalttığı saptanmıştır (Lın ve ark. 1998). MacIntyre ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında koroner arter bypass ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan terapötik dokunmanın anksiyeteyi azalttığı ve fonksiyonel durumu artırdığı belirtilmiştir (MacIntyre ve ark. 1998). Aghabati ve arkadaşlarının (2008) kemoterapi alan hastalara uygulanan terapötik dokunmanın ağrı ve korkuyu azaldığı tespit edilmiştir (Aghabati ve ark.2008). Anderson ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında cerrahi hastasının tedavi sürecinde uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (Anderson ve ark 2009). Bu çalışmada girişim grubundaki hastalar ameliyat esnasında ve sonrasında daha az anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir. Anksiyetede azalmada terapötik dokunmanın etkisi olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyat esnasında ve ameliyattan sonraki vital bulguları solunum, nabız, sistolik ve diyastolik tansiyon

olumlu yönde etkilenmiştir (Tablo 22). Literatürde nabız ve kan basıncındaki artmanın anksiyetenin fizyolojik belirtileri arasında yer aldığı belirtilmektedir (Yüksel 2006). Moon ve Cho'nun (2001) lokal anestezi ile yapılan katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın anksiyete etkisinin incelendiği çalışmada; ameliyat esnasında uygulanan dokunmanın anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (Moon ve Cho 2001). Bu araştırmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Vital bulgulardaki olumlu değişimlere terapötik dokunmanın etkisi olabilir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat esnasında ve ameliyattan sonraki oksijen saturasyonu değerlerinde değişiklik gözlenmemiştir (Tablo 22). Bu durum girişim ve kontrol grubundaki hastalara ameliyat süresinde oksijen desteği almalarına bağlanabilir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubunun ameliyat öncesi durumluluk kaygı puan ortalaması $50,52 \pm 5,77$, kontrol grubunun $50,98 \pm 7,88$ 'dir (Tablo 22). Badner ve arkadaşlarının (1990) çalışmasında ameliyat öncesi durumluluk anksiyete puan ortalaması erkeklerde $38,2 \pm 12,3$, kadınlarda ise $42,9 \pm 12,8$ bulunmuştur (Badner ve ark. 1990). Maranets ve Kam'nin (1999) ameliyat öncesi anksiyeteyi değerlendirdikleri çalışmada; durumluluk kaygı puanı ortalaması $44,33 \pm 12,27$, Kindler ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında $39,0 \pm 6,19$ olarak belirlenmiştir (Maranets ve Kam 1999; Kindler ve ark. 2000). Man ve arkadaşlarının (2003) ameliyat esnasında hastalara izletilen videonun anksiyeteye etkisini inceledikleri çalışmada; ameliyat öncesi durumluluk anksiyete puan ortalaması girişim grubunda $43,45 \pm 9,10$; kontrol grubunda ise $44,00 \pm 10,51$ 'dir (Man ve ark 2003). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi durumluluk kaygı puanı ortalaması kadın hastalarda $51,2 \pm 3,3$, erkek hastalarda ise $37,7 \pm 5,6$ olarak bildirilmiştir (Güz ve ark. 2003). Asılıoğlu ve Şenol Çelik (2004) açık kalp cerrahisi öncesi eğitim yapılan grubun anksiyete puan ortalaması $38,32 \pm 7,5$, kontrol grubunun $37,42 \pm 9,3$ olarak saptanmıştır (Asılıoğlu ve Şenol Çelik 2004). Kil ve arkadaşlarının (2012) ameliyatta anestezi ilaç gereksinimine ameliyat öncesi anksiyete ve ağrı etkilisinin değerlendirildiği çalışmada; ameliyat öncesi durumluluk anksiyete puan ortalaması $37,2 \pm 11,9$ 'dur (Kil ve ark. 2012). Vachirammon ve arkadaşları (2013) lokal cilt kanseri ameliyatı olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyete puan ortalaması da diğer çalışmalara benzer bulunmuştur (Vachirammon ve ark. 2013). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) septoplasti ameliyatında ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisini değerlendirdikleri

çalışmada; hastaların ameliyat öncesi durumluluk anksiyete puan ortalaması erkeklerde $34,57 \pm 8,10$, kadınlarda $38,68 \pm 9,24$ olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2014). Fathi ve arkadaşlarının (2014) kalp cerrahisi geçirecek hastaların ameliyat öncesi durumluluk anksiyete puan ortalaması $41,40 \pm 9,78$ 'dir (Fathi ve ark 2014). Bu araştırma bulguları ameliyat öncesi durumluluk kaygı puan ortalaması açısından literatüre benzerlik göstermektedir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubunun ameliyat öncesi sürekli kaygı puanı $50,45 \pm 5,33$, kontrol grubunun $51,26 \pm 7,82$ 'dir (Tablo 23). Maranets ve Kam'nin (1999) ameliyat öncesi kaygı ve intraoperatif anestezi gereksinimleri belirlemeyi amaçlayan çalışmada hastaların ameliyat öncesi süreklilik kaygı puanı $40,0 \pm 9,0$ 'dır (Maranets ve Kam 1999). Man ve arkadaşlarının (2003) ameliyat esnasında hastaya kendi tercih ettiği videonun izletilmesinin anksiyeteye etkisini değerlendirdikleri çalışmada; ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalaması girişim grubunda $46,4 \pm 7,32$, kontrol grubunda ise $46,15 \pm 6,28$ olarak ölçülmüştür (Man ve ark 2003). Osborn ve Sandler'in (2004) ameliyat öncesi anksiyetenin intravenöz sedasyondaki etkisini inceledikleri çalışmada; ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalaması $37,12$ 'dir (Osborn ve Sandler 2004). Aslıoğlu ve Şenol Çelik'in (2004) açık kalp cerrahisi öncesi eğitim verilen grubun süreklilik kaygı puan ortalaması $47,38 \pm 5,1$, kontrol grubunun $46,48 \pm 8,3$ olarak saptanmıştır (Aslıoğlu ve Şenol Çelik 2004). Kil ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalaması $35 \pm 12,12$ 'dir (Kil ve ark. 2012). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) septoplasti ameliyatında ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisini değerlendirdikleri çalışmada; hastaların ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalaması; kadınlarda $39,37 \pm 12,25$ erkeklerde $36,92 \pm 10,59$ olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2014). Fathi ve arkadaşlarının kalp cerrahisi geçirecek hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerini değerlendirdikleri çalışmada anksiyete sürekli kaygı puan ortalaması $42,14 \pm 9,58$ 'dir (Fathi ve ark. 2014). Bu araştırma bulguları ameliyat öncesi süreklilik kaygı puan ortalaması açısından literatür ile uyumludur.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubunun ameliyat sonrası durumluluk kaygı puan ortalaması $44,26 \pm 4,55$, kontrol grubunun $47,28 \pm 4,94$ 'dür (Tablo 23). Girişim grubundaki hastalar ameliyat sonrasında kontrol grubuna göre daha az anksiyete yaşamıştır. Moon ve Cho'nun (2001) çalışmasında katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir

(Moon ve Cho 2001). Anderson ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında cerrahi hastasının tedavi sürecinde uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve ağrıyı azalttığı belirtilmiştir (Anderson ve ark. 2009). Zolfaghari ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; İranlı kadın hastalara kalp katerizasyonu öncesinde uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeteyi önemli derecede düşürdüğü, yaşam bulgularını normal seviyede tuttuğu ve aritmi oluşumunu azalttığı saptanmıştır (Zolfaghari ve ark. 2012). Bu araştırma bulguları literatür ile paralellik göstermektedir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası durumluluk kaygı puanlarının düşük olması terapötik dokunmanın rahatlatıcı etkisine bağlanabilir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubunun ameliyat sonrası sürekli kaygı puan ortalaması $49,01 \pm 6,05$, kontrol grubunun $51,77 \pm 8,11$ 'dir (Tablo 23). Literatürde süreklilik kaygının genel duygu durumunu yansıttığı için kısa sürede değişmediği belirtilmiştir (Öner ve Le Compte 1998). Bu çalışmada sürekli kaygı ameliyat öncesine göre değişiklik göstermemiştir ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubunun HBMÖ puan ortalaması $90,63 \pm 12,20$, kontrol grubunun $59,50 \pm 8,16$ 'dır (Tablo 23). Yapılan bir çalışmada cerrahi servislerinde yatan hastaların hemşirelik memnuniyeti oranı yüksek bulunmuştur (Tükel ve ark. 2006). Geçkil ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında hastaların HBMÖ puan ortalaması $68,11 \pm 16,26$ 'dır ve memnuniyet düzeyi orta düzey olarak değerlendirilmiştir (Geçkil ve ark. 2008). Demir ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hemşirelik memnuniyeti oranı yüksek saptanmıştır (Demir ve ark. 2009). Özer ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında kapak ya da koroner arter hastalığı nedeniyle yatan hastaların HHMÖ puan ortalaması $127,14$, periferik damar hastalığı nedeniyle yatan hastaların $133,50$ olarak belirlenmiştir. (Özer ve ark. 2009). Fındık ve arkadaşlarının (2010) hemşirelik bakımı ve hastaların karakteristik özellikleri ile hasta memnuniyetinin değerlendirdikleri çalışmada cerrahi servislerde ölçülen HBMÖ puan ortalaması $83,7 \pm 15,5$ 'dir (Fındık ve ark. 2010). Koç ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; hastanın fonksiyonel durumu ve depresif semptomlarıyla bakım memnuniyeti arasında herhangi bir ilişki saptanmamış ve hastaların HBMÖ toplam puan ortalaması $75,40 \pm 18,55$ olarak belirlenmiştir (Koç ve ark. 2012). Kayrakçı ve Özşeker'in (2014) çalışmasında; cerrahi hastalarının HHMÖ puan ortalamasının $62,30 \pm 16,09$ olduğu ve memnuniyet düzeyi orta olarak değerlendirilmiştir (Kayrakçı ve Özşeker 2014). Şendir ve arkadaşları (2014) ortopedi ve travmatoloji hastalarında HBMÖ puan ortalamasını $76,52 \pm 20,38$ olarak

bulmuş ve hastaların hemşirelikten memnuniyet düzeyinin çok iyi olduğu belirtmiştir (Şendir ve ark. 2014). Bu araştırmada girişim grubunun HBMÖ puan ortalamaları literatürden yüksek bulunmuştur. Ayrıca girişim grubunun hemşirelik bakımından memnuniyeti kontrol grubundan yüksektir. Terapötik dokunmanın hasta ile yakın temas sağlaması ve hasta ile iletişimi arttırması nedeniyle hasta memnuniyetini arttırdığı düşünülmektedir.

5. 4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİ VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların VAS-anksiyete ölçümlerinin sıra ortalamaları, terapötik dokunmanın 15. dakikasında (3. ölçüm), ameliyattan hemen sonra (4. ölçüm) ve hasta yatağa alındıktan sonra (5. ölçüm), azalmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise tüm ölçümlerde sıra ortalamaları düşmüştür. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların bu üç ölçümdeki VAS-anksiyete değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 24).

Terapötik dokunma; kişilerin diğer duygular aracılığıyla algılanan gerçekleri doğrulama; algılama-kavrama yetenekleri üzerinde pozitif bir etkiye sahip olma; ağrı, yalnızlık, ümitsizlik duygularını azaltma; hasta-hemşire etkileşimini arttırma ve ameliyat öncesi dönemde hastaların sakinleştiricilere olan gereksinimi azaltma gibi etkileri vardır. Sadece eğitimli kişiler tarafından uygulanması önerilen terapötik dokunmanın, stres, anksiyete ve ağrıda azalma ve iyileşmede hızlanma gibi yararlarının olduğu belirtilmektedir. Terapötik dokunma bir hemşirelik girişimidir. Terapötik dokunmanın savunucuları, bunun hemşirelik uygulamalarının ayrılmaz bir parçası olduğunu ve hastalara uygulandığında geniş anlamda iyileşme ve rahatlama sağlamayı kolaylaştırdığını savunmaktadırlar. Terapötik dokunma ile ilgili yapılan çalışmalarda terapötik dokunmanın anksiyeteyi ve ameliyattan sonra ağrıyı azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Mackereth ve ark. 1997; Meehan 1998; Mollaoğlu 2001; Yavuz 2006). Bu araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir. Terapötik dokunmanın ameliyat esnasında yapılması, hastaların ameliyat süresince ve sonrasında rahat olduğunu göstermektedir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların oksijen saturasyonu değerleri arasında tüm ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24). Bu araştırmada hastaların solunum yolu hastalıklarının olmaması ve ameliyat sürecinde oksijen uygulanmasına bağlı olarak oksijen satürasyonu değerlerinin düşmediği ve durumun normal olduğu düşünölmüştür.

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların nabız ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 24). Girişim grubundaki hastaların sıra ortalaması kontrol grubundan düşüktür.

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların sistolik ve diyastolik tansiyon değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Terapötik dokunmanın 15. dakikasında (3. ölçüm), ameliyattan hemen sonra (4. ölçüm) ve hasta yatağa alındıktan sonra (5. ölçüm), girişim grubunun sıra ortalamaları kontrol grubundan düşüktür.

Araştırma grubuna alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi hasta odasında durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ameliyat sonrası sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), gruplar arasında durumluluk kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 24). Girişim grubundaki hastaların durumluluk kaygı puanı sıra ortalaması daha düşüktür. Hastaların vital bulgularındaki olumlu değişimler terapötik dokunmanın etkisi olabilir.

Herhangi bir cerrahi işlemden önce tüm hastalarda çeşitli duygusal reaksiyonlar oluşur. Hasta kendi rolüne, vücut bütönlüğüne veya direkt olarak hayatına yönelik bir tehdit algıladığında buna karşı stres tepkisini, ameliyat öncesi anksiyete olarak gösterir (Yavuz 2011). Bu araştırma bulguları girişim ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi anksiyete varlığını destekler niteliktedir.

Terapötik dokunma, fiziksel bedenden bir parça olan ellere yerleşen enerjinin, bilinçli bir şekilde kullanarak tedavi amaçlı uygulanmasıdır. Enerji alanlarındaki dengesizlikler ile hastalık meydana gelir. Bununla birlikte fiziksel, duygusal ve ruhsal açıdan huzursuzluğu azaltmak, rahatlamayı sağlamak için gerekli ortamı oluşturma terapötik dokunma ile sağlandığı açıklanmaktadır. Terapötik dokunma anksiyeteyi azaltmaktadır (Krieger 1993).

Araştırma grubuna alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası HBMÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 24). Girişim grubundaki hastaların sıra ortalaması kontrol grubundaki hastalardan yüksektir.

Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Ameliyat öncesi hastaların psikolojik hazırlığının da yapılması gereklidir. Hastaların psikolojik hazırlığı fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir. Ameliyat öncesi evrede psikolojik hazırlık yapılması; anksiyeteyi gidermeye, ameliyatta daha az anestetik, ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların daha az salınmasına ameliyat sonrası hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olmaktadır. İyi bir hemşirelik bakımı hastaların anksiyetelerini azaltmada etkilidir (Yavuz 2011). Bu araştırma bulguları terapötik dokunma ile hastalara bütüncül olarak yaklaşmış ve ameliyat sürecinde rahat olmaları sağlanmıştır. Hastaların rahat olmasının da hasta memnuniyetini artırdığı düşünülmüştür.

5. 5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ZAMAN İÇERİSİNDE VAS-ANKSİYETE ve VİTAL BULGULARIN ZAMAN İÇERESİNDEKİ DEĞİŞİMİ İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma grubuna alınan girişim grubundaki hastaların VAS-anksiyete ve vital bulguların zaman içerisindeki değişimi incelendiğinde; solunum ve oksijen saturasyonu ortancası hariç VAS-anksiyete ortancasının 1. ve 2. ölçümlerde yüksek; 3., 4., 5., ölçümlerde düştüğü; benzer şekilde, nabız, kan basıncı ortancalarının ilk iki ölçümlerdeki yüksek, terapötik dokunma sonrasında itibaren (3., 4., 5. ölçümlerde) anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 28) (Grafik 7).

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların VAS-anksiyete sıra ortalamasının 3. ölçümden itibaren düşüş gösterdiği belirlenmiştir. Oksijen saturasyonu, sistolik ve diyastolik tansiyon değerlerinin sıra ortalamaları 3. ölçümden sonra azalırken, nabız ve solunum değerlerinin sıra ortalamalarında artma saptanmıştır (Tablo 30).

Gordon ve arkadaşlarının (1998) artritli olan hastalarda terapötik dokunmanın etkisini değerlendirdikleri çalışmada; hastaların ağrılarının anlamlı düzeyde azaldığı belirtilmiştir (Gordon ve ark. 1998). Moon ve Cho'nun (2001) çalışmasında katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın vital bulguları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Moon ve Cho 2001). Dokunmanın hasta-hemşire etkileşimini artırdığı, hastanın psiko-sosyal sorunlarını azalttığı ve iyileşmeyi hızlandırdığı bildirilmiştir (Çınar ve Khorshid 2003). MacIntyre ve

arkadaşları (2008) koroner arter bypass ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan terapötik dokunmanın anksiyeteyi azalttığını ve fonksiyonel durumu artırdığını belirtmiştir (MacIntyre ve ark. 1998). Cerrahi hastalarına tedavi sürecinde uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve ağrıyı azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (Anderson ve ark. 2009). Busch ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında yanık tedavisi alan hastalara uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve ağrıyı azalttığı bulunmuştur (Busch ve ark. 2012). Zolfaghari ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; İranlı kadın hastalara kalp katerizasyonu öncesinde uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeteyi önemli derecede düşürdüğü, yaşam bulgularını normal seviyede tuttuğu ve aritmi oluşumunu azalttığı saptanmıştır (Zolfaghari ve ark. 2012).

Bu araştırma bulguları literatür ile uyumludur. Terapötik dokunmanın rahatlatıcı etkisi ile hastaların anksiyetesi azalmış ve yaşam bulgularının normal düzeylerde seyretmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyeyi azalttığı, hastaların yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen saturasyonu) parametrelerindeki değişimi olumlu yönde etkilediği ve hasta memnuniyetini arttırdığı saptanmıştır.

Araştırma sonucunda uygulanan terapötik dokunmanın hastaların VAS-anksiyete, nabız, kan basıncı değerlerinin azalmasında, hemşirelik memnuniyetinin artmasında etkili olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Terapötik dokunmanın katarakt ve lokal anestezi ile yapılacak diğer ameliyatlarda ameliyat esnasında uygulanması
- Terapötik dokunmanın hemşirelik eğitimi ders programlarına ve sağlık kurumlarında hizmet içi eğitim programlarına dâhil edilmesi
- Terapötik dokunmanın ülkemizde sağlık kurumlarında hemşireler tarafından bağımsız hemşirelik girişimi olarak uygulanması
- Terapötik dokunmanın diğer tamamlayıcı tedaviler ile karşılaştırıldığı çalışmaların yapılması
- Bu çalışmanın farklı hasta gruplarında daha büyük örneklem ile yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Aghabati N, Mohammadi E, Esmail ZP. The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. Advance Access Publication. eCAM 2010;7(3):375–381.

Akalın HE. Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme. ANKEM 2000;3:254-257.

Akar V, Yaşam Vadisi. Medikal Yoga Terapileri. Hücre Rejenerasyonu Yaşamsal Kalite. 1. baskı, Meta Basım, İzmir, 2003;s:15-40.

Akın S, Erdoğan S. The Turkish version the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. Journal of Clinical Nursing 2007;16:646-653.

Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Evleri, İstanbul, 2012;s:15-40.

Aksu R, Özkırış A, Biçer C, Tosun Z, Akın A, Boyacı A. Katarakt cerrahisinde %0,5 levebupivakain ve %2 lidokainin retrobulbar blok anestezisinin karşılaştırılması. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2008;1:17-21.

Alp MN, Doğan B, Tola M, Yarangümeli A, Ölçer T, Kural G. Nonproliferatif diyabetik retinopatili hastalarda katarakt ameliyatının orbita kan akımına etkisi. Ret - Vit 2004;12:189-194.

Anderson JG, Suchicital L, Lang M, Kukic A, Mangione L, Swengros D ve ark. The effects of healing touch on pain, nausea and anxiety following bariatric surgery. EXPLORE: The Journal of Science and Healing 2015;11(3):208-216.

Arslan S, Özer N. Yoğun bakım hastalarının duyuşal girdi sorunlarında tamamlayıcı tedaviler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13:68-75.

Aslıoğlu K, Şenol Çelik S. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling* 2004;53(1) s:65–70.

Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(3):67-73.

Ay FA, Mesleki Temel Kavramlar. İçinde: Ay FA, eds. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler*. 4. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2012;s:2-20.

Aydın P, Akova Y. *Temel Göz Hastalıkları*. Güneş Kitapevi Ltd.Şti, Ankara, 2001;s:190-200.

Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. (Çeviri: Elar Z.) *Klinik Anestezi El Kitabı*. Logos Yayıncılık, İstanbul,1999; s:345-400.

Bassett K, Smith SW, Cardiff K, Bergman K, Somogyi E. Nurse anaesthetic care during cataract surgery: a comparative quality assurance study. *Can J Ophthalmol* 2007;42 s : 689–694.

Bayraktar N, Bulut HD. Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2000;3(6):34-38.

Benjamin L. *Cataract surgery: Surgical techniques in ophthalmology*. Çeviri ed: Hasanreisoğlu B, Önel M, Aktaş Z. *Veri medical yayıncılık*, İstanbul, 2009.

Birol L. *Hemşirelik Süreci*. 6. baskı, Etki matbaacılık yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, 2004;s:11-90.

Black JM, Keene AM, Hawks J. *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*. 6. baskı, WB Saunders company, Philadelphia, 2001; s:1814-1900.

Boezaart A, Berry R, Laubscher J, Nell M. Evaluation of anxiolysis and pain associated with combined peri- and retrobulbar eye block for cataract surgery. *J. Clin. Anesth.*1998;10(3):204-210.

Bormusov E, Reznick AZ, Dovrat A. Potential protection by antioxidants of the action of tobacco smoke on the metabolism of cultured bovine lenses. *Metabolomics* 2013;3(2):1-7.

Boumans N, Berkhout A, Landeweerd A. Effects of resident-oriented care on quality of care, well-being and satisfaction with care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2005;19(3):240-250.

Braden R, Reichow S, Halm MA. The use of the essential oil lavender to reduce preoperative anxiety in surgical patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2009; 24(6):348-355.

Breen KJ. Ethical issues in the use of complementary medicines. *Climacteric* 2003; 6(4):268.

Bulut H. Ameliyat Öncesi Esnası ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A, eds. *Hemşirelik Esasları*. Akademi basın ve yayıncılık, İstanbul, 2012; s:698-700.

Busch M, Visser A, Eybrechts M, Van Komen R, Oen I, Olf M ve ark. The implementation and evaluation of therapeutic touch in burn patients. An instructive experience of conducting a scientific study within a non-academic nursing setting. *Patient Education and Counseling* 2012;89(3):439–446.

Carol L. Minimizing preoperative anxiety with alternative caring healing therapies. *AORN* 2000;72 (72):838.

Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik psikiyatri* 2001;4:182-186.

Cline ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. Standardization of the visual analogue scale. Nursing Research 1992;1:378-380.

Coşkun M, Anayol A, Koçak AA, Çakmak H.B, Şimşek Ş. Katarakt sertliğinin fako parametreleri ve komplikasyon gelişimi üzerine etkileri. Glo-Kat 2006;1:279-283.

Cowens D, Monte T, Paperbacks CT. A gift for healing how to use therapeutic touch. Three Rivers Press; 1 edition, 1996.

Çınar Ş, Khorshid L. Yoğun bakım hastasında terapötik dokunma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2003;7(1):15-18.

Çilingir D, Bayraktar N. Information requirements and difficulties experienced after discharge in day surgery patients: a descriptive cross sectional survey. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(1):164-175.

Çilingir D, Bayraktar N. Günübürlük cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006:69-81.

Çoşkun H, Albayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5:63-68.

Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan AH, Erdemli Ö. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2010;18(3):177-182.

Demir T, Açık Y, Kaya MK, Deveci SE, Pirinççi E, Yıldırım B ve ark. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na poliklinik ya da klinik hizmeti almak için başvuran hastaların sunulan hizmetten memnuniyet düzeyleri. F.Ü. Sağ.Bil.Tıp Derg. 2009; 23 (3):119-124.

Dinç D, Ünal PC, Topsever P, Özyavaş S. Hasta memnuniyeti ve yönetim sistemi: Çözüm ortağı hekim. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2009;13(2):93-98.

Durgun OY, Okumuş H. Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların watson'ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16(3):190-197.

Edelmann RJ. Anxiety: Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology. John Wiley and Sons Ltd., Oxford, England,1999.

Erdil F,Elbaş Özhan N,Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği,6. Baskı, Aydoğu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti, Ankara 2012 s:589-637

Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, 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 2011;7(1):11-16.

Ergün A, Eti Aslan F, Vatan F, Olgun N, Kuğuoğlu S. Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. İçinde Karadokovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. baskı. Nobel Kitapevi, Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd.Şti, Adana, 2011;s:3-45.

Fathi M, Alavi SM, Joudi M, Joudi M, Mahdikhani H, Ferasatkish R, ve ark. Preoperative anxiety in candidates for heart surgery. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2014; 8(2):90-96.

Fırat T. Göz ve Göz hastalıkları. 1. Cilt, Saypa Ofset, Ankara, 1990;s:294-354.

Filiz TMA, Dilbaz N. Abdominal cerrahi girişimlerde anksiyete ve depresyon. Türk Aile Hek Derg 1998;2(4):169-173.

Fischer S, Johnson PG. Therapeutic Touch. A viable link to midwifery practice. Journal of Nurse-Midwifery, 1999;44(3):300-309.

Fitzpatrick J. Kazer W.M. Encyclopedia of Nursing Research 3. baskı. Springer publishing company, 2011.

Foster PJ, Wong TY, Machin D, Johnson GJ, Seah SK. Risk factors for nuclear, cortical and posterior subcapsular cataracts in the Chinese population of Singapore: the Tanjong Pagar Survey. Br J Ophthalmol. 2003;87:1112-1120.

Geçkil E, Dündar Ö, Şahin T. Adıyaman il merkezindeki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008;15(2):41-51.

Gordon A, Merenstein JH, D'Amico F, Hudgens D. The effects of therapeutic touch on patients with osteoarthritis of the knee. Journal of Family Practice 1998; 47:271-277.

Gökçe Kutsal Y, Barak A, Baydar T, et al. Polypharmacy in Turkish elderly; a multicenter study. J Am Med Dir Assoc 2009;10:486-490.

Gözüm N. Katarakt ve tedavisi. Klinik Gelişim 2012; 25:12-15.

Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16(1):8-15.

Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lumber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. Nöropsikatri arşivi, 2003;40(1-2):36-39.

Hawks JH, Keene AM. Medical Surgical Nursing (Joyce M.Black).Clinical Management. For Positive Outcomes Saunders Company. 6th. 2001;s:1813-1860

Helvacıoğlu F, Şencan S, Tunç Z, Uyar OM, Kapran Z. Katarakt ve güncel tedavi yaklaşımları. Maltepe Tıp Dergisi 2014;6(1):30-37.

Hodgkins PR, Luff AJ, Morrell AJ, Teye Botchway L, Featherston TJ, Fielder AR. Current practice of cataract extraction and anaesthesia. *British Journal of Ophthalmology* 1992;76:323-326.

Ingram RM, Banerjee D, Traynar MJ, Thompson RK. Day-case cataract surgery. *British Journal of Ophthalmology* 1983;67:278-281.

Jaffee NS. *Atlas of Ophthalmic Surgery*. Edition 2. Mosby- wolfe. USA, 1996;s:165-170

Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 2007;12(2):145-148.

Karahan A, Güven S, Yaşlılıkta evde bakım. *Geriatrici* 2002;5(4):155-159.

Kavuncubaşı Ş. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.

Kaymakçı Ş. *Göz Hastalıkları*. İçinde: Karadokovan A, Eti Aslan F, eds. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 2. baskı. Nobel Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd.Şti., Adana, 2011.

Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *F.N. Hem. Derg* 2014;22(2):105-113.

Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;2:124-130.

Kil HK, Kim WO, Chung WY, Kim GH, Seo H, Hong JY. Preoperative anxiety and pain sensitivity are independent predictors of propofol and sevoflurane requirements in general anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 2012;108(1):119-125.

Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients. Anesthetic Concerns Anesth Analg 2000;90:706-712.

Kocabaşoğlu N. Stres ve anksiyete: Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. Ė. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, İstanbul, 2005; s:181-198.

Koç S, Bükler N, Şavkın R, Kiter E. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının bağımsızlık ve depresyon düzeylerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi üzerine etkisi. J Kartal TR 2012;23(3):130-136.

Köknel G. Genel Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1990.

Köknel Ö. Korkular-Takıntılar-Saplantılar. Altın Kitabevi, İstanbul, 1990.

Krieger D. Accepting your power to heal:The personel practice of therapeutic touch. Bear company, 1993; s:7-37

Krieger D. The Therapeutic Touch: How to use your hands to help or to heal. Englewood Cliffs, HJ Prentice-Hall, 1979;s:14-22

Krieger D. Therapeutic Touch. Inner Workbook, Santa Fe: Bear & Company,1997;s:7-60

Krieger D. Therapeutic Touch. As Transpersonal Healing. New York, 2002;s:4-69

Kuns D, Krieger D. The spiritual Dimension of Therapeutic Touch, Inner Traditions / Bear & Co, 2004; s:9-95

Küçüksümer Y, Bayraktar Ş, Altan T, Yılmaz Ö.F. Psödoeksfoliasyon sendromu ile birlikte olan kataraktların fakoemülsifikasyonu sırasında kapsülöksisi takiben kapsül germe halkası uygulaması. Van Tıp Dergisi 200;7(3):106-112.

Lee JS, Park YM, Ha KY, Cho SW, Bak GH, Kim KW. Preoperative anxiety about spinal surgery under general anesthesia. *European Spine Journal* 2015; DOI:10.1007/s00586-015-3788-2.

Leo SW, Lee LK, Au Eong KG. Visual experience during phaco emulsification under topical anaesthesia: a nationwide survey of Singapore ophthalmologists. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2005;33(6):578-581.

Lin Yu-Shen, Taylor AG. Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. *Integrative Medicine* 1998;1(4):155-162.

MacIntyre B, Hamilton J, Fricke T, Ma W, Mehle S, Michel M. The efficacy of healing touch in coronary artery bypass surgery recovery: A randomized clinical trial. *Altern Ther Health Med.* 2008;14(4):24-32.

Mackereth P, Wright J. Therapeutic touch: nursing activity or form of spiritual healing? *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 1997; 3(4): 106-110.

Macrae J. *Therapeutic Touch: A Practical Guide.* Alfred A. Knopf, New York, 1997.

Man AKY, Yap JCM, Kwan SY, Suen KL, Yip HS, Chen PP. The effect of intra-operative video on patient anxiety. *Anaesthesia* 2003; 58(1):64-68.

Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg.* 1999;89(6):1346-1351.

Maranki E, Maranki A. *Profilaktik Masajla Mucizevi Tedaviler Pratik uygulamalı Kitabı.* 17. baskı. Hayat yayıncılık. Şimşek N. eds. Mozaik yayınları 26. Yaşam enerjisi dizisi:3, İstanbul, 2009.

Marback RF, Espíndola RF, Santhiago MR, Temporini ER, Kara-Junior N. Cataract surgery: emotional reactions of patients with monocular versus binocular vision. *Rev Bras Oftalmol.* 2012;71(6):385-389.

Mavrikakis I, Georgiou T, Paul B, Liu CSC. Cataract surgery by appointment - a pilot study. *BMC Ophthalmology* 2006;6:18.

Mc Farland G.K. Thomas M.D. *Psychiatric Mental Health Nursing Applications of the nursing process*. Lipincott J.B company,1990; s:580-596.

Meehan TC. Therapeutic touch as a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* 1998;28(1):117-125.

Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management* 1999; 7(1): 19-28.

Moeini M, Zare Z, Hazrati M, Saghaei M. Effect of therapeutic touch on patients' anxiety before coronary artery bypass graft surgery. *IJNMR* 2008;13(2):47-51.

Mollaoğlu M. Yoğun bakım ünitelerinde dokunmanın önemi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2001;5(2):34-40.

Moon J, Cho K. The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35(3):407-415.

Motoyama H. Şakra Teorileri. Yüksek şuura uzanan köprü. Çeviren: Nejla Öztürk, Ruh ve Madde yayınları, İstanbul, 2004;s:20-45.

Myles PS, Williams DL, Hendratam M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth* 2000;84(1):6-10.

Naomi E. Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *Journal of Nursing Administration*. 2006;36(3):126-130.

Norman S, Mark S, Gary F. *Cataract Surgery and Its Complications*..6th Edition Mosby company, 1997.

Noyes R, Hoehn-Saric R. The Anxiety Disorders. Çeviri: Şar V. Anksiyete Bozuklukları. csa Medikal & Paramedikal Yayıncılık, İstanbul, 1998; s: 86-135.

O'Mathúna DP. Evidence-based practice and reviews of therapeutic touch. Journal of Nursing Scholarship 2000;32(3):279-285.

Okanlı A, Özer N, Akyıl Çevik R, Koçkar Ç. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(4):38-44.

Olshansky EF. Integrated Women's Health: Holistic Approaches for Comprehensive Care. Aspen publishers, 1st edition, 2000.

Osborn TM, Sandler NA. The effects of preoperative anxiety on intravenous sedation. Anesth Prog 2004;51(2):46-51.

Öner L, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi. 2. baskı. İstanbul, 1998.

Özbayır T. Ameliyat Dönemi Bakım. İçinde: Karadokovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. baskı, Nobel Kitapevi, Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd.Şti., Adana, 2011;s:277-340.

Özcan A. Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim. Sistem ofset, Ankara, 2006.

Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde memnuniyeti etkileyen faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi 2007;5(3):140-143.

Özer N, Köçkar Ç, Yurttaş A. Kalp damar cerrahisi kliniğinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(3):12-19.

Özge C, Yılmaz A, Çalikoğlu M, Yeşilli M. Katarakt tanısı ile opere edilen olguların sigara alışkanlık durumlarının değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2006;11(2):130-133.

Özkan Ş, Pazarlı H, Oğuz V, Akar S. Göz Hastalıkları Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, İstanbul, 2007;s:185-300.

Öztürk O. Psikanaliz ve Psikoterapi. Evrim Yayınevi, 2. basım, İstanbul, 1989.

Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011:83-92.

Ramnarine SS. The surgical significance of therapeutic touch. AORN Journal 1999;69(2):358-369.

Richardson J. Integrating complementary therapies into health care education: a cautious approach. J Clin Nurs. 2001;10:793-798.

Routasalo P. Physical touch in nursing studies: a literature review. Journal of Advanced Nursing 1999;30: 843-850.

Rubin AP. Complications of local anaesthesia for ophthalmic surgery. British Journal of Anaesthesia 1995;75:93-96.

Sağır G, Kaya M, Eskiçırak HE, Kapusuz Ö, Kadioğulları AN. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. Turk J Anesth Reanim 2012; 40(5):274-278.

Savaş E, Bahar A. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Gaziantep Tıp Derg 2011;17(1):24-28.

Schmidt LA. Patients' perception of nursing care in the hospital setting. Journal of Advanced Nursing 2003;44(4):393-399.

Sertbaş G, Bahar A. Anksiyete ve anksiyete ile başetmede hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; 5: 39-44

Spalton DJ, Htchings R, Hunter PA. Çeviren:Ali Osman Saatçi. Klinik Orfalmoloji Atlası. Güven Bilimsel. 3. baskı 2007.

Spielberg CD. Manual for State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, California, 1970.

Stephens Woods K. The impact of the surgical liaison nurse on patient satisfaction in the perioperative setting. Can Oper Room Nurs J. 2008; 26(4):6-7, 9-11.

Stone MH. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. 1 edition, WW Norton & Company, New York, 1997.

Sürmeli A. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Eds: Güleç G, Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997; s:499-458.

Şahin TK, Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E. Meram Tıp Fakültesi çocuk cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. Genel Tıp Derg 2005;15(4) :137142.

Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2012;20 (1):35-42.

Tamçelik N, Özçetin H. Fakoemülsifikasyon. 1. baskı, Fikret Özsan Matbaası. İstanbul, 2004; s: 299-391.

Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T. Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. Pam Tıp Derg 2014;7(1):57-62.

Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S and Boys JR. Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care* 1996;5:67–72.

TÜİK İstatistiklerle yaşlılar 2014. Yayın no: 4365, ISBN 978-975-19-6315-4 Türkiye İstatistik Kurumu matbaası, Ankara, 2015; s: 1-76.

Tunç M, Arbak P, Balbay Ö, Erbaş M, Bilen A. Sigara kullanımına bağlı ağır KOAH gelişen olgularda oküler komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 2003;12(4):200-203.

Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3(1): 93-98.

Turhan Ö, Kibar E, Ekren E, Engin O, Ercan D, Erdal AI ve ark. Yaşlılarda ilaç uyumu: üniversite hastanesi tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. *Nobel Med* 2014;10(2):31-38.

Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi* 2012;20(1):27-33.

Turner JG, Clark A J, Gauthier DK, Williams M. The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *Journal of Advanced Nursing* 1998;28:10-20.

Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgül A. Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı örneği) *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2004;57(4):205-214.

Türkiye İstatistik Yıllığı 2013. Yayın no:4175, ISBN 978-975-19-6017-7, Türkiye İstatistik Kurumu matbaası, Ankara, 2014;s: 27-136.

Unur E, Ülger H, Ekinci N. *Anatomi*. Medical Kitapevi, Kayseri, 2005; s: 222- 230.

Uzun O. Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması. Türk Hemşireler Dergisi 2003; 2(54):16–24.

Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000 3(2):36-45.

Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, K Sözmen. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ünal B, Ergör G (Eds). Sağlık Bakanlığı Yayın No : 909, Anıl Matbaa Ltd. Şti, Ankara, 2013;s:69-219.

Vachiramon V, Sobanko J, Rattanaumpawan P, Miller Christopher. Music reduces patient anxiety during mohs surgery: an open-label randomized controlled trial Dermatol Surg 2013;39(2) s:298-305.

White L, Duncen G. Medical Surgical Nursing An Integrated Approach 2. baskı 2002. Delmar/Thompson Learning, 2002; s: 680-900.

Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. Kabalcı Yayınevi, çeviren. Zeliha İyidoğan Babayiğit) İstanbul, 2001.

Yavuz M. Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. Aslan FE. Eds. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Mart Matbaacılık, İstanbul, 2006;135-147.

Yavuz M. Ameliyat Öncesi Dönem. İçinde Karadokovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.2. baskı. Nobel Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd.Şti., Adana, 2011;s:261-390.

Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(2)69-74.

Yılmaz Y, Durmuş K, Yılmaz İnal F, Daşkaya H, Çiftçi T, Toptaş M, Vahapoğlu A. Septoplasti operasyonlarında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisi. Dicle Tıp Dergisi 2014;41(2)288-293.

Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. baskı, MN Medikal & Nobel, Ankara, 2006;

Zolfaghari M, Eybpoosh S, Hazrati M. Effects of therapeutic touch on anxiety, vital signs, and cardiac dysrhythmia in a sample of Iranian women undergoing cardiac catheterization. *J Holist Nurs.* 2012;30(4)225-234.



8. EKLER

EK-1

ANKET FORMLARI

1. Hasta grubu

Grup I (Girişim) Grup II (Kontrol)

2. Yaşınız:.....

3. Cinsiyetiniz : Kadın Erkek

4. Boyunuz: Kilonuz:.....

5. Eğitim Durumunuz:

Okuryazar değil Okur-yazar veya ilkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Yüksek okul / Üniversite mezunu

Diğer (*Lütfen belirtiniz*).....

6. Medeni Durumunuz:

Evli Bekar Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

7. Mesleğiniz:

Emekli Ev hanımı Memur İşçi

Diğer (*Lütfen belirtiniz*).....

8. Gelir durumunuz:

Ortalamanın epey üstünde (zengin) Ortalamanın biraz üstünde

Ortalama düzeyde Ortalamanın biraz altında

Ortalamanın epey altında (fakir)

9. Sigara kullanma durumunuz:

Halen içiyor İçmiş bırakmış Hiç içmeyen

10. Halen yaşadığınız yer:

İl İlçe Köy/kasaba Diğer (*Lütfen belirtiniz*).....

11. Evde yaşadığınız kişi/kişiler:

Yalnız yaşıyor Eşiyle yaşıyor Çocuklarıyla yaşıyor

Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor Huzurevi ya da barınma evinde yaşıyor

12. Daha önce önemli bir hastalık geçirdiniz mi?

Evet (*Lütfen hastalığı belirtiniz*) Hayır

13. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

Evet (*Lütfen belirtiniz*) Hayır

14. Aşağıdaki hastalıklardan sizde sürekli olarak, geçmeyen var olan kronik hastalıkları işaretleyiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Psikolojik hastalıklar Kalp hastalığı Hipertansiyon
 Yüksek kolesterol Periferik damar hastalıkları Diyabet
 Kronik hepatit, siroz Pulmoner hastalıklar Obezite
 Fiziksel engellilik Böbrek hastalıkları Osteoporoz
 GİS Hastalıkları (*ülser*) Endokrin hastalıkları Uyku sorunları
 Kas iskelet sistemi hast. Kronik ağrı (Kronik bel ağrısından başka)
 Nörolojik hastalıklar (Parkinson) Serobrovasküler hastalıklar (*inme*)
 Diğer (*lütfen belirtiniz*).....

15. Ne zamandır bu hastalıktan şikayetçisiniz?.....gün

16. Daha önce hastaneye yattınız mı ?

- Evet (Lütfen nedenini belirtiniz) Hayır

17. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

- Evet (Lütfen ameliyatın adını belirtiniz) Hayır

18. Ameliyatınız ile ilgili eğitim/bilgi aldınız mı?

- Evet (Lütfen kimden bilgi aldığınızı belirtiniz) Hayır

19. Ameliyat süresi:.....

20. Hastanede yatış süresi:.....

21. Ameliyat esnasındaki duygularınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Mükemmel İyi Orta Kötü Çok kötü

22. Ameliyat esnasında ağrı ve rahatsızlık duydunuz mu?

- Hayır Biraz Orta Fazla Çok fazla

23. Ameliyat esnasında anksiyete/stres yaşadınız mı?

- Hayır Biraz Orta Fazla Çok fazla

24. Genel olarak aldığınız tedavi ve bakımı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Mükemmel Çok iyi İyi Vasat (İdare eder) Kötü

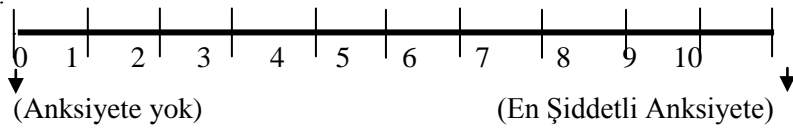
25. Yatacağınız servise geldiğinizde bir hemşire tarafından karşılandınız ve gerekli bilgiler verildi mi?

- Evet Hayır

HASTA İZLEM FORMU

ÖLÇÜM DEĞERLERİ	AMELİYATTAN ÖNCE HASTA ODASI	AMELİYATHANEDE AMELİYAT BAŞLAMADAN ÖNCE	TERAPÖTİK DOKUNMA UYGULANDIKTAN HEMEN SONRA (Girişim grubu)/AME.TIN 15. DK. SI (kontrol grubu)	AMELİYATTAN HEMEN SONRA	HASTA YATAĞINA ALINDIKTAN SONRA
VAS					
SOLUNUM					
O₂ SAT					
NABİZ					
SİSTOLİK TA					
DİYASTOLİK TA					

Visuel Analog Skala (VAS) (EK-3)



SPIELBERG DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ

Duruumluluk Kaygı Ölçeği	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Su anda sınırlarım 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 sınırlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
14.Sınırlarımın 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)

SPIELBERG SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (Devam)

Sürekli Kaygı Ölçeği	HEMEN HEMEN HİÇBİR 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.Herşeyi 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 hüznü hissedirim	(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)

NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Yönerge: Bu bölümde, hastanede kaldığınız süre içinde aldığınız hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinizi soracağız. Her soru için lütfen tek bir rakamı daire içine alarak, her cümle ile ilgili memnuniyet derecenizi belirtiniz. Hastanede/serviste yattığınız zamanı dikkate alarak aşağıdaki konularda neler düşündüğünüzü belirtiniz.

Maddeler	Hiç memnun değildim	Nadiren memnundum	Memnundum	Çok memnundum	Tamamen memnundum
1. Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından					
2. Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden					
3. Her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınıızda bulunmasından					
4. Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden					
5. Çağırduğınızda hemşirelerin hemen gelmelerinden					
6. Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymişsiniz gibi hissettirmelerinden					
7. Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden					
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkta kontrol etme durumundan					
9. Hemşirelerin size yardımcı olmalarından					
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden					
11. Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden					
12. Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından					
13. Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden					
14. Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından					
15. Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden					

16. Serviste size tanınan serbestliğin miktarından					
17. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden					
18. Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan					
19. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından					

Araştırmaya sağladığınız katkı için teşekkür ederiz...



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmanızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Ameliyat olmak küçük bir ameliyat da olsa hastalarda endişelenmesine neden olmaktadır. Ameliyat öncesi hastaya güven vermek ve psikolojik destek sağlamak hastayı rahatlatmak için önemlidir. Ayrıca hastanın tam uyutulmadan yapıldığı ameliyatlarda hastanın ameliyat sırasında da rahat olması gerekmektedir. Katarakt ameliyatı hasta tamamen uyutulmadan sadece ameliyat yapılacak göz bölgesi uyuşturularak yapılmaktadır. Ameliyat esnasında cerrahın ameliyatı yapabilmesi için hastanın hareketsiz ve sakin olması gereklidir. Hastayı sakinleştirmek ve endişesini azaltmak için bir çok yöntem bulunmaktadır. Bunlardan birisi dokunmadır. Ameliyat esnasında hastanın eline dokunma hastaların endişelerini azaltmakta ve kendilerini daha rahat hissetmesine yardım etmektedir.

Bu araştırma; katarakt ameliyatı esnasında uygulanan dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Araştırma süresince herhangi bir ilaç uygulaması ya da laboratuvar testi yapılmayacaktır. Ameliyat öncesi dönemde hastalığımızla ilişkili olabilecek kişisel bilgileriniz ve endişe düzeyinizi belirlemek için hazırlanmış sorulardan (Spielberg Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği) oluşan bir anket formu uygulanacaktır. Aynı zamanda endişe düzeyinizi belirlemek için 0 ile 10 arasında sayı içeren çizelgeden (Visuel Analog Skala (VAS) bir sayı seçmeniz istenecek ve endişenizin düzeyi belirlenecektir. Tansiyon, nabız, solunum ve oksijen düzeyi değerleriniz Zeliha Birer tarafından ölçülerek kaydedilecektir. Ameliyathaneye girdiğinizde endişenizin seviyesi 0-10 çizelgesi ile belirlenecek ve tansiyon, nabız, solunum ve oksijen düzeyini değerleriniz ölçülerek kaydedilecektir. Ameliyatınız başladıktan sonra bir eliniz 15 dk süre boyunca bu konuda eğitim almış Zeliha Birer' in iki eli arasında alınıp dokunulacaktır. Dokunma esnasında herhangi bir ağrı yada baskı hissetmeyeceksiniz. Ameliyattan sonra ve servise yatağınıza alındıktan sonra ölçümler tekrar yapılacaktır. Aynı zamanda ameliyat öncesi dönemde endişenizi değerlendirmek için kullanılan anket formu

tekrar uygulanacaktır. Taburcu olmadan önce size bakım veren hemşirelerden memnun olma durumunuzu belirlemeye yönelik sorular içeren bir anket formu (Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMO) doldurulacaktır. Tüm çalışma adımlarında bilgiler. Soruları cevaplama süreniz yaklaşık 20-25 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmakla sizin gibi katarakt ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat esnasında ele uygulanan dokunma işleminin kişiye sağlayacağı yararların saptanması ve tedavi başarılarının değerlendirilmesine yardımcı olacaksınız. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar doğrultusunda hastalığınız nedeniyle tedavi süresince yaşadığınız sorunların çözümüne ve yaşam kalitenizin artırılmasına yönelik ileride planlanacak araştırmalara da katkınız olacaktır. Ayrıca bilim dünyası için yararlı bir araştırmada sizin de payınız olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Hastalığınızla ilgili bilgiler gizli kabul edilecektir. Araştırma ekibi dosyamı inceleyebilirler. Bazı bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı veya başka idari merciler tarafında yerinde veya belgelerin ulaştırılması yoluyla incelenebilir. Her kim olursa, bu bilgileri kişisel kabul edecek ve gizliliğini koruyacaklardır. Yazılı iznim olmadan, benimle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Eğer bu çalışmanın sonuçları yayınlanırsa, benden sadece isimsiz olarak bahsedilecektir.

Kişisel bilgileriniz tamamen gizlilik güvencesi altında tutularak, araştırmamızın belirli aralıklarla size ulaşmak için kullanılacaktır. Bunun dışında endişelenmenize sebep olacak herhangi bir yerde kullanılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

- 1.Doç. Dr. Emel YILMAZ Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi
- 2.Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Zeliha BİRER zzhoser@gmail.com, 0530 875 38 46

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

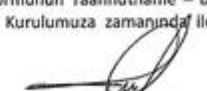
<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

EK-3**T.C. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK
KURUL ONAY BELGESİ**

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	21 / 05 / 2014 / 20478486 - 212					
ARAŞTIRMANIN ADI	Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisi					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Emel YILMAZ - CBÜ Manisa Sağlık Yüksekokulu					
ARAŞTIRMA EKİBİ	Zeliha BİRER					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş; Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
Önvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Önvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlık Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlık Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Artunur DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlık AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selda BERKET Antrenörlük Eğitimi AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tanık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derviş KILIÇ Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.						
 Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Başkan						

EK-4

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İZİN BELGESİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - MANİSA İLİ KAMU
HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
MANİSA İLİ KHBGS EĞİTİM HİZMETLERİ
KOORDİNATÖRLÜĞÜ
22.08.2014 12:01 - 61763929 / 774.07 /
2014.1216849.329

Sayı : 61763929/774.07
Konu : Tez Çalışması

MANİSA DEVLET HASTANESİ SAĞLIK TESİSİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi: Zeliha BİRER'in 21.08.2014 tarihli dilekçesi.

İlgi sayılı dilekçeye istinaden, Sağlık Tesisinizde görev yapan Hemşire Zeliha BİRER'in "Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulanan Terapötik Dokunmanın Anksiyete ve Hasta Memnuniyetine Etkisi" konulu çalışmasının Sağlık Tesisinizde yapılması uygun görülmüş olup; ancak hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, araştırma sonucu ile ilgili Genel Sekreterliğimize bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Murat TÜRKYILMAZ
Manisa İli Kamu Hastaneleri
Birliği Genel Sekreteri

Bu evrakın 5070 sayılı kanun gereğince E-İMZA
ile imzalandığı tasdik olunur.
MÜHÜR ADI SOYADI
Nevan KANSU
Nevan KANSU
Genel Sekreter
Evrak Kayıt Birimi

1-09-2014

Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı
A* tılı bilgi için: 02362351540

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d3053b96-ffc1-4122-9d50-1bc735e26ab2 kodu ile erişebilirsiniz.

EK-5

TERAPÖTİK DOKUNMA HAKKINDA ALINAN EĞİTİM BELGESİ

MEB ÖZEL YAŞAM VADİSİ MASAJ ELEMANI YETİŞTİRME KURSU

İZMİR

17-21 /03/2014 tarihleri arasında Zeliha Birer isimli CBÜ Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi ;

- El refleksolojisi
- El Masajı Ve Terapötik dokunma
- Enerji bedeni dengeleyici çalışmalar
- El ve kollardaki enerji meridyenleri,

Konularında, bilgiler içeren 1 Haftalık (20 saatlik) eğitim almıştır.



9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Zeliha	Soyadı	BİRER
Doğum Yeri	Yatağan	Doğum Tarihi	01.07.1987
Uyruğu	T.C	Tel	0530 875 38 46
E-mail	zzhoser@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik	2009
Lise	Marmaris Sabancı Lisesi	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
Acil Sorumlu Hemşiresi	Denizli Çameli Devlet Hastanesi	1.5
Nefroloji Servisi	Manisa Devlet Hastanesi	1.5
Yoğun Bakım Hemşiresi	Manisa Devlet Hastanesi	1

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

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
43	47.5							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	65		

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (WORD, EXCEL, POWERPOINT)	ÇOK İYİ

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

KONGRE BİLDİRİLERİ

1. Irmak Z. Baybuğa Subaşı M, Şen D, Atmış G, Yolcu Y, Hoşer Z. ;Muğla İli Merkez Sağlık Ocaklarına Başvuran ve Böcek Sokması ve Yılan Isırması İle

Karşılaşan Bireylerin Karşılaşma Sonrası Yaptıkları Uygulamalar; IV.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi; 24-26 Haziran 2010

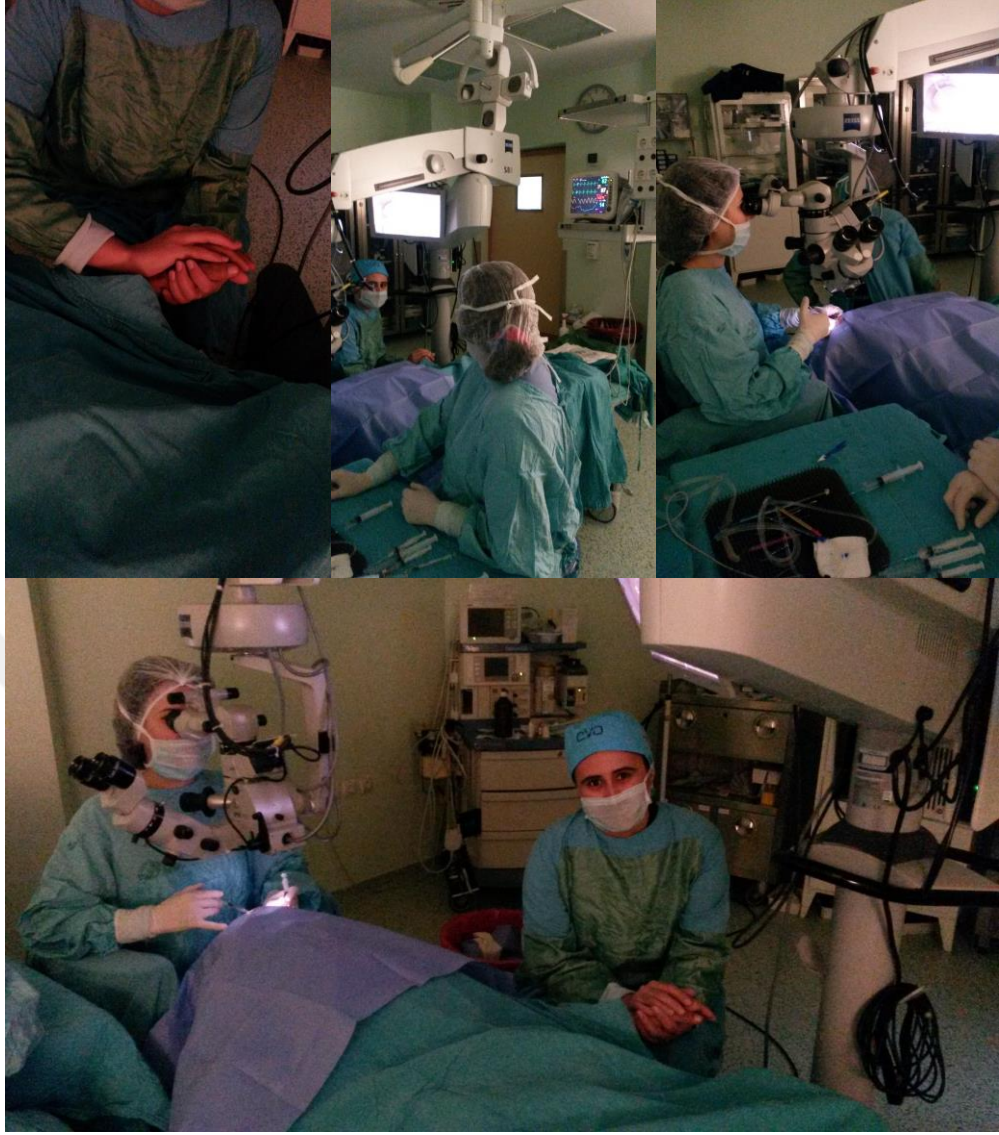
ARAŞTIRMA UYGULAMA RESİMLERİ



Resim 1. Ameliyat Öncesi Hasta ile Görüşülmesi



Resim 2: Terapötik Dokunma için Konsantre Olunması



Resim 3. Ameliyat Esnasında Terapötik Dokunma Uygulanması



Resim 4. Ameliyathanede Terapötik Dokunmanın Bitiminde Vital Bulguların Alınması



Resim 5. Ameliyattan Sonra Hasta ile Görüşülmesi