

T.C
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KATARAKT AMELİYATI PLANLANAN HASTALARIN
KAYGI DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Hem. Kübra OYMAAĞAÇLIO

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İSTANBUL

2017

T.C
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KATARAKT AMELİYATI PLANLANAN HASTALARIN
KAYGI DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Hem. Kübra OYMAAĞAÇLIO

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sebahat AKBAL ATEŞ

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

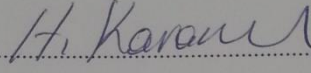
İSTANBUL

2017

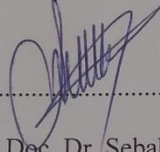
ONAY SAYFASI

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

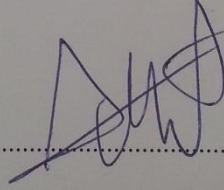
27.07.2017 tarihinde tezinin savunmasını yapan Kübra OYMAAĞAÇLIO'ya ait "Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz tarafından Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Oy Birliği/Oy Çokluğuyla Kabul Edilmiştir.



Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
(Başkan)



Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ
(Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Meftun AKGÜN
(Üye)

YEMİN METNİ

18/05/2017

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “*Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafımda yazıldığını ve yararlandığım bütün eserlerin “Kaynakça”da gösterilenlerden oluştuğunu, “Kaynakça”da yer alan bu eserlerden metin içinde atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Kübra OYMAAĞAÇLIO
15 15 02 105

**KÜBRA OYMAAĞAÇLIO, KATARAKT AMELİYATI PLANLANAN
HASTALARIN KAYGI DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ, CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ, İSTANBUL, 2017**

ÖZET

Gözün doğal lensinin opaklaşması olarak tanımlanan katarakt, en fazla ileri yaş gruplarında görülmektedir. Dünyada yaşlı nüfusun artışı ile birlikte katarakt küresel bir sorun haline gelmiştir. Kataraktın tek tedavisi ameliyattır. Katarakt bireyleri fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak etkilemektedir. Hastane yatış süreci, hangi sebeple olursa olsun hasta için korku, endişe ve kaygı gibi psikolojik değişikliklere sebep olabilmektedir. Çalışmamızda katarakt cerrahisi planlanan hastalarda kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma özel bir göz hastanesine Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında başvuran ve katarakt tanısı almış 211 hasta ile tamamlanmıştır. Hastalardaki kaygı düzeyinin belirlenmesi için “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” kullanılmış ve kaygı düzeyleri hastaların sosyo-demografik ve sağlık/hastalık özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda T testi ve Tek Yönlü ANOVA testi kullanılmıştır.

Araştırmamız sonucunda durumluk kaygı ölçek puanları emekli hastalarda, kronik bir hastalığı bulunmayan hastalarda, operasyona ilişkin kaygı yaşadığını bildiren hastalarda daha yüksek bulundu. Süreklilik kaygı ölçek puanları kadın hastalarda, 65 yaş üzeri hastalarda, şikâyet süresi 5 yıl ve 5 yıldan daha uzun süreye sahip olan hastalarda, operasyona ilişkin kaygı yaşadığını bildiren hastalarda daha yüksek bulundu.

Daha önceden kronik bir hastalığı bulunmaması nedeni ile hastane ortamına alışkın olmayan, özellikle ilk kez katarakt operasyonu geçirecek hasta grubuna, ameliyat hakkındaki duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilerek aktif olarak dinlenmelidir. Hastalara verilecek her eğitim kendi yaşı, kronik hastalıkları, fiziki imkanları ele alınarak kaygıyı azaltmaya yönelik bilgilendirme yapılabilir.

Anahtar kelimeler: katarakt, kaygı, cerrahi, hemşirelik

**KÜBRA OYMAAĞAÇLIO, THE DETERMINATION OF THE FACTORS
AFFECTING ANXIETY LEVELS OF THE PATIENTS WHO PLANNED TO
CATARACT SURGERY, SURGICAL DISEASES NURSING PROGRAM
MASTER'S DEGREE, ISTANBUL, 2017**

ABSTRACT

The cataract, which is defined as the opacification of the natural lens in the eye, appears in the most advanced age groups. With the increase of the elderly population in the world, cataract has become a global problem. Surgery is the only treatment of cataract disease. Cataract affects individuals physically, socially and psychologically. The hospitalization process may cause psychological changes such as fear and anxiety for the patient. The aim of our study was to investigate the anxiety levels and related factors in patients with cataract surgery.

This descriptive study was completed with 211 patients admitted to a private eye clinic between October 2016 and March 2017 and received a cataract diagnosis. "State and Trait Anxiety Scale" was used to determine the level of anxiety in the patients. Anxiety levels were compared according to the socio-demographic characteristics and health/disease features of the patients. In comparison of the data, independent samples T test and one way ANOVA test were used.

As results of our study, the state anxiety scale scores were higher in retired patients, in patients without a chronic disease, and in patients reporting anxiety about operation. Trait anxiety scores were higher in female patients, in patients over 65 years of age, in patients who had a longer duration of complaints than 5 years and more and in patients reporting anxiety about operation.

Opportunities to express the feelings and thoughts about the surgery should be given to the patients who have no chronic disease and so unfamiliar to the hospital environment. The patients should be actively listened. Age, chronic illnesses and physical possibilities of the patients should be considered in every training. Information should be provided to reduce anxiety.

Key words: anxiety, cataract, nursing, surgery

TEŞEKKÜR SAYFASI

Yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgilerini ve kazanımlarını sonuna kadar benimle paylaşmaktan çekinmeyen, tecrübeleri ile yolumu aydınlatan, her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen, benimle büyük titizlikle ilgilenip, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımı ile yönlendiren ve her zaman özveride bulunup bana vakit ayıran değerli hocam ve danışmanım Yrd. Doç. Dr. Sebahat AKBAL ATEŞ' e,

Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile meslek hayatıma yön veren ve bu mesleği sevdiren değerli hocalarım Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN' e ve Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ' a,

Araştırmamı yürüttüğüm süre boyunca bana destek olan, bilimsel çalışma ortamı sunup veri toplamamı kolaylaştıran ve benimle birebir bu konuda ilgilenip araştırma sürecimin her aşamasından haberdar olan hastane müdiremiz Özlem UYSAL'a ve araştırmam boyunca benimle kıymetli bilgilerini paylaşan ve bana yardımcı olan doktorlarım DR. Burcu ÇALIK ve Dr. Feride Pınar DOĞRU' ya,

Tez süresi boyunca benimle birebir ilgilenen, istatistiksel ve bilimsel becerilerini paylaşmaktan çekinmeyen arkadaşım Dr. Abdullah SARIÖZ' e,

Araştırmamın yürütülmesi sürecinde destek ve yardımlardan kaçınmayan tüm samimiyetleri ile her zaman yanımda olan ve bu sayfaya sığdıramayacağım sevgili meslektaşlarıma,

Bana her zaman güvenen, ideallerime ulaşmam için beni her zaman teşvik eden, sevgileri ile hayatıma anlam katan, her zaman en büyük destekçim olan ve şu an aramızda olmayan öncelikle babam Nuri OYMAAĞAÇLIO'ya, tezimin her saniyesinde sakin, anlayışlı ve sabırla karşılayan annem Ayşe OYMAAĞAÇLIO'ya ve kardeşim Furkan OYMAAĞAÇLIO'ya,

Araştırmama katılan tüm hastalara en içten dileklerle teşekkür eder, saygılarımı sunarım...

Kübra OYMAAĞAÇLIO

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YEMİN METNİ.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR SAYFASI	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Gözün Anatomisi.....	6
2.1.1. Gözün Dış Yapıları	6
2.1.2. Gözün İçyapıları.....	7
2.1.3. Göz Boşlukları	8
2.2. Lens Anatomi ve Histolojisi.....	9
2.2.1. Kapsül	9
2.2.2. Epitel	9
2.2.3. Fibriller.....	9
2.2.4. Zinn Lifleri	9
2.3. Lens Fizyolojisi	9
2.4. Lensin Görmedeki Rolü	11
2.5. Katarakt	11
2.5.1. Katarakt Türleri.....	12
2.5.2. Katarakt Gelişim Mekanizması.....	13

2.5.3.	Katarakt Semptomları	13
2.5.4.	Katarakt Tedavisi	13
2.5.5.	Katarakt Cerrahisi Komplikasyonları	14
2.5.6.	Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Hemşirelik Bakımı	17
2.6.	Kaygı Tanımı ve Tarihçesi	20
2.6.1.	Kaygı Türleri	21
2.6.2.	Kaygı Düzeyleri	22
2.6.3.	Kaygının Kişi Üzerinde Yarattığı Etkiler	24
2.6.4.	Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Kaygı	24
2.7.	Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Kaygı ve Hemşirelik Yaklaşımları	26
2.7.1.	Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Kaygı Nedenleri Ve Hasta Üzerinde Yarattığı Etkiler	26
2.7.2.	Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Kaygı Kontrolünü Sağlamada Hemşirenin Rolü	26
2.7.3.	Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Kaygıyı Kontrol Etmek için Uygulanabilecek Tamamlayıcı ve Alternatif Yöntemlerde Hemşirelik Yaklaşımları	27
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1.	Araştırmanın Türü	30
3.2.	Araştırma Soruları	30
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.4.	Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	31
3.4.1.	Çalışma için Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	31
3.4.2.	Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	31
3.5.	Bağımlı- Bağımsız Değişkenler	31
3.5.1.	Bağımsız Değişkenler	31

3.5.2.	Bağımlı Değişkenler.....	31
3.6.	Veri Toplama Araçları.....	32
3.6.1.	Bilgi Formu	32
3.6.2.	Spielberg Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri	32
3.7.	Veri Analizi	33
3.8.	Araştırmanın Etik Yönü	33
3.9.	Araştırma Sınırlılıkları	33
4.	BULGULAR.....	34
4.1.	Sosyo-Demografik ve Sağlık Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	35
4.1.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
4.1.2.	Hastaların Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	36
4.2.	Sosyo-Demografik ve Sağlık Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk Ve Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	38
4.2.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre STAI Durumluk Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	38
4.2.2.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre STAI Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	39
4.2.3.	Hastaların Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	41
4.2.4.	Hastaların Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	43
5.	TARTIŞMA	45
5.1.	Sosyo-Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması.....	46
5.1.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması.....	46
5.1.2.	Hastaların Sağlık\Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması	

5.2. Sosyo-Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk-Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Tartışılması	50
5.2.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre STAI Durumluk ve Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Tartışılması	50
5.2.2. Hastaların Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk ve Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Tartışılması	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
KAYNAKLAR	60
EKLER	74
Ek-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	74
Ek-2. Veri toplama formu	76
Ek-3. Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri.....	78
Ek-4. Etik Kurul Onay Belgesi	80
Ek-5. Çalışılan Kurum İzin Belgesi	81

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ATP	:	Adenozin trifosfat
Cl	:	Klor
diğ.	:	diğerleri
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EKKE	:	Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
GİL	:	Göz içi lens
İKKE	:	İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
K	:	Potasyum
KOAH	:	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
Na	:	Sodyum
nm	:	nanometre
µm	:	mikrometre
SGK	:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SS	:	Standart Sapma
STAI	:	Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü
\bar{x}	:	Ortalama

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Operasyon sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar.	16
Tablo 4.1. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sosyo-demografik özellikleri.....	35
Tablo 4.2. Betimsel istatistik sonucu.....	36
Tablo 4.3. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sağlık-hastalık ve operasyon özellikleri.....	37
Tablo 4.4. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre STAI Durumluk ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.5. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre STAI Süreklilik ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.6. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sağlık-hastalık ve operasyon özelliklerine göre STAI-Durumluk ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.7. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sağlık-hastalık ve operasyon özelliklerine göre STAI-Süreklilik ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması.....	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Orbitanın Kemik Yapısı.....	6
Şekil 4.1. Mesleğe Göre STAI Durumluk Ölçek Puanı.....	41
Şekil 4.2. Cinsiyete Göre STAI Süreklilik Ölçek Puanı.....	41
Şekil 4.3. Kronik Hastalık Varlığına Göre STAI Durumluk Ölçek Puanları.....	43



1. GİRİŞ

Sağlık bireyden bireye, toplumdan topluma ve çevreden çevreye farklılık gösterir. Sağlık ve hastalık kavramları, daima birbirini çağrıştıran kavramlardır. Hastalık bireyin fiziksel, emosyonel, entelektüel ve sosyal fonksiyonlarında geçici ve kalıcı kayıplara neden olur. Hastalık bireyin çevre ile uyumu, çevre ile etkileşimi, üretkenliği, verimliliği ve iç dengesini bozar. Hastalık durumunda birey ve aile, duygusal ve davranışsal olarak beden imajı, aile dinamikleri ve rollerde değişim deneyimler⁽¹⁾. Her hastalık bireyler arası değişim gösterdiği gibi hastalığın etkilediği bölgeye yönelik de değişim gösterebilir.

Çevremizi duyularımız sayesinde algılayarak tanırız⁽¹⁾. Görme duyusu beş duyumuzun arasında beyne iletilen bilgilerin büyük çoğunu oluşturarak önemli bir görev üstlenmektedir⁽²⁾. Görme duyusu, sağladığı zengin duyu girdilerinden dolayı insan hayatında oldukça önemlidir. Bireyler normal bir yaşam sürebilmek ve yaşamındaki rol/sorumluluklarını idame ettirebilmek için görmeye ihtiyaç duyarlar. Görme fonksiyonunun önemli oranda azalması ile beraber insan yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir⁽³⁾.

Kataraktın ilk belirtisi görmede bulanıklıktır. Hastalar sürekli aynı mesafelerden izlediği televizyonu görememeye başlar. Renklerde soluklaşma, bakılan yerde gölge görme gibi belirtiler ortaya çıkar. Kataraktın yol açtığı görme bulanıklığı nedeniyle evlerinin duvarlarını boyatan ya da elinde bez sürekli mutfak tezgâhlarını silen hastalar vardır. Katarakt operasyonundan sonra sorunun mutfak veya duvarlarda değil kendi gözlerinde olduğunu fark ederler. İki gözünde de kataraktı olan hastalar görmelerinde önemli bir problemleri olmadığını belirtebilir. Ancak ameliyat sonrası kataraktın görme kalitesini bozduğu ortaya çıkar. Belli yaşlardan sonra görülen kataraktlar genellikle çift taraflıdır⁽⁴⁾.

Gözün lensinin saydamlığını yitirmesi olarak tanımlanan katarakt, daha çok ileri yaşlarda izlenmektedir ^(5, 6). Yaşlı nüfusun zamanla artması kataraktın da global bir sağlık problemi olmasına neden olmaktadır ^(5, 7). Travma, metabolik hastalıklar, genetik özellikler, radyasyon maruziyeti ve ilaçlar gibi bazı nedenler de katarakt gelişiminde rol almaktadır ^(5, 8-10).

Sigara kullanımı da katarakt oluşumunda rol alan önemli bir etkidir ^(5, 8, 9, 11). Bormusov ve diğ.⁽¹²⁾ araştırmalarında kullanılan sigara adedi ile lens hasarı gelişimini birbiri ile ilişkili bulmuşlardır. Tunç ve diğ. ⁽¹³⁾ de sigaraya bağlı KOAH gelişen hastalarının yaklaşık yarısında katarakt gelişiminin gerçekleştiğini saptamışlardır.

Katarakt nedeniyle günlük ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çeken hastalar okuyup yazma, ev işlerini görme, araç kullanma gibi temel yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorluklar yaşayabilmektedirler. Bu şekilde olumsuz etkilenen hastalara kataraktın tek tedavi yöntemi olan ameliyat önerilir ve planlanır ^(14, 15). Katarakta bağlı olarak kişinin görmesi iyice azalır. Hastalar zamanla başkalarının desteğine bağlı bir duruma düşebilirler. Yaşlılardaki görmenin daha da ilerleyen düzeylerde azalması ise yolda karşıdan karşıya geçme dahi olası bir tehlike arz eder. Bu nedenle, hastanın günlük yaşantısı etkileniyorsa ameliyat için beklenmemelidir ⁽⁴⁾. Yaşlı kadınlarda özellikle kataraktın düşme riskini arttırdığını Coleman ve diğ. ⁽¹⁶⁾ yaptıkları çalışmada saptamışlardır. Bu çalışmanın sonucunda görme kaybı ve kırık riski arasında bir ilişki olduğu ve görmenin düzelmesi ile kırık riskinin azaldığı vurgulanmaktadır.

Kaygı, hoş olmayan korku ve endişe hali olup kişinin kendini tehdit altında hissettiği gerilim ve duygulanım olarak tanımlanmaktadır ^(17, 18). Hastane yatış süreci, hangi sebeple olursa olsun hasta için korku, endişe ve kaygı gibi psikolojik değişikliklere sebep olabilmektedir ^(19, 20). Hastane ortamı, hasta birey için yabancı, korku verici, endişe duyulacak, karmaşık bir ortam olması ile beraber çevrede yeni insanların olması, bilinmeyen aletler, tedaviler, hastanede bulunma ve cerrahi girişim kararı hastaların yoğun kaygı duyması sebep olan faktörlerdendir ^(21, 22).

Cerrahi girişimler, tek başına fizyolojik stres kaynağı olmaktan ziyade psikolojik olarak da kişi üzerinde stres kaynağı oluşturmaktadır. Hastada hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini ve yaşantısını

denetleyemeyeceği endişesine, aile bireylerine karşı sorumlulukların aksayacağı endişesine, vücut organ\doku kaybı kaygısına ve ölüm korkusuna neden olabilmektedir. Bu durum ameliyat seyrindeki işleyiş ve sonrasında ise olumsuzluklara neden olabilir ⁽²³⁾.

Katarakt operasyonu günübirlik cerrahi şeklindedir. Günübirlik cerrahi giriş ve çıkış işlemidir. Hemşireler hastayı kendi deneyim ve bilgileri ile çok az bir zamanda kısa sürede etkin bir bakım vermelidirler. Günübirlik cerrahi operasyon olacak hastaların ihtiyaçları majör cerrahi operasyon olacak hastalardan daha farklı olması ile beraber hastalar bu yönde değerlendirmeye alınmalıdır. Çünkü günübirlik cerrahi hastalarının çoğu temelde sağlıklıdır ve hastanede çok az zaman geçirirler. Bu nedenle hastaların ve hemşirelerin beklentileri, rolleri değiştirmektedir. Günübirlik cerrahide ameliyat öncesi hazırlık ve sonrasında bakımda daha fazla sorumluluk düşmektedir. Başarılı bir günübirlik cerrahi için hemşireler tarafından uygulanan bakımın kalitesi önemlidir. Günübirlik cerrahi hastalarının diğer hastalara göre daha fazla mı daha mı az kaygı yaşadıkları tartışma konusudur ⁽²³⁾. Stephenson ⁽²⁴⁾ günübirlik cerrahi hastalarının daha az kaygı yaşadığını belirtirken, Markanday'ın ⁽²⁵⁾ yaptığı çalışmada ise günübirlik cerrahi hastalarının kaygılarının yüksek olduklarını göstermiştir. Hastanın hazırlanması, yapılacak işlemi anlaması ameliyat öncesi, ameliyat sonrası kurallara uyması takdirinde kaygı düzeyinin azalmasına yardımcı olur. Hathaway duruma ait bilgi içeriğinin kaygı düzeyini azalttığını belirtmiştir ⁽²³⁾.

Preoperatif kaygı düzeyinin ölçümü için STAI durumluk-süreklilik kaygı formu kullanılmaktadır. Auerbach ve Spielberger hastanede kalış süresi boyunca sürekli kaygı düzeyinin aynı düzeyde kaldığını, ancak durumluk kaygı düzeyinin cerrahi işlem yaklaştıkça daha da arttığını belirtmişlerdir ⁽²⁶⁾. Swindale ⁽²⁷⁾ çalışmasında ameliyat olmak üzere hastaneye yatan hastaların kaygı düzeylerinin diğer hastalardan daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Katarakt operasyonu planlanan hastalar ameliyat sonrası görme duyularının kaybolacağına, ameliyat sonrası ağrı yaşayacağı korkusu, günlük aktivitelerini yerine getiremeyeceğine, genç hastalarda aile içi rol ve görevlerini yerine getiremeyeceği ve çalıştığı mesleği eskisi gibi icra edemeyeceği hususunda, yaşlı hastalar görme duyularının kaybı ile düşme riskine bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkileneceğine

ilişkin kaygı yaşamaktadırlar ^(23, 28). Cobley ve diğ. ⁽²⁹⁾ yaptığı araştırma sonucu ameliyathanede bekleminin ameliyat öncesi kaygı düzeylerini arttırdığını saptamışlardır. Ameliyat öncesi yaşanan kaygının ameliyat sonrası iyileşme dönemine etki ettiği yapılan literatür çalışmalarında bulunmaktadır. Elsass ve diğ. ⁽³⁰⁾ preoperatif dönemdeki kaygı düzeyi artmış olan hastaların operasyon esnasında tansiyon değerlerinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Cobley ve diğ. ⁽²⁹⁾ kaygı düzeyi arttıkça anestetik madde kullanımının arttırabileceğini ve Bekaroğlu' da ⁽³¹⁾ kaygı düzeyi artmış hastaların % 53'ünde anesteziye bağlı komplikasyonlar oluştuğunu bulmuşlardır. Yine ameliyat öncesi duyulan kaygının olumsuz etkilerinden biri olan ağrı ameliyat sonrası ağrı ve ağrı kesici kullanımını attırdığını Badner'ın ⁽³²⁾ yaptığı çalışmada vurgulanmıştır. Sözü geçen etmenlerin hastanın iyileşme sürecini geciktirmekle beraber ameliyat sonrası aktif yaşamlarına geç dönmelerine ve öz bakımlarını ihmal etmelerine sebep olmaktadır ^(30, 33, 34).

Opere olacak hastaların kaygı düzeylerinin azaltılmasında hemşireler büyük rol oynamaktadır. Hemşire hastanın endişesini dikkatli açıklamalar yaparak ve hasta ile arasında güvene dayalı ilişkiler kurarak giderebilir. Bazı hastalar korku ve endişelerini gizleyebilirler. Böyle durumlarda hemşire her hastaya stres düzeyine bakılmaksızın genel bilgiler vermelidir. Katarakt operasyonu olacak hastaların hastanede yatış süreleri kısadır ve hemşire-hasta ilişkisi minimum süre içerisinde gerçekleşmektedir. Hastaların değerlendirilebilmesi için hemşireler bu konuda bilgi ve becerilerini en iyi şekilde kullanması gerekir. Ayrıca psikososyal yönden de değerlendiren hemşireler, yaşamı ve geleceği konusunda endişe duyan hastaların destek alması gereken yönün belirlenmesi ve hayatlarındaki rolün saptanması önemlidir. Ameliyat öncesi hemşireler, hastanın psikolojik hazırlığında, kaygı düzeylerinin belirlenmesinde, hastaların duygularının açıkça ifade edilmesini sağlanmasına, sormak istediklerini sormaya cesaretlendirilmesi ve anlamadıklarının tekrar tekrar açıklanması hususunda yardımcı olmalıdır. Kendisiyle ilgili her şeyden haberdar olmak her insanın en doğal hakkıdır. Bu yuzdende kendisini en iyi şekilde bilgilendirip rahatlatmak hemşirenin görevidir. İyi bir hemşirelik bakımı, hastanın hissettiği yüksek kaygı düzeyini en aza indirmede oldukça etkilidir ⁽²³⁾.

Yapılan literatür taramasında katarakt ameliyatı olacak hastaların yaşadıkları güçlükler ve bakım gereksinimlerini ortaya koyan araştırmaların var olduğu; bununla

birlikte bu hastalardaki kaygı düzeylerini araştıran çalışmaların yetersiz olduğu tespit edilmiştir ⁽³⁵⁻³⁷⁾. Bu çalışmada katarakt ameliyatı olan hastaların operasyon öncesi kaygı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



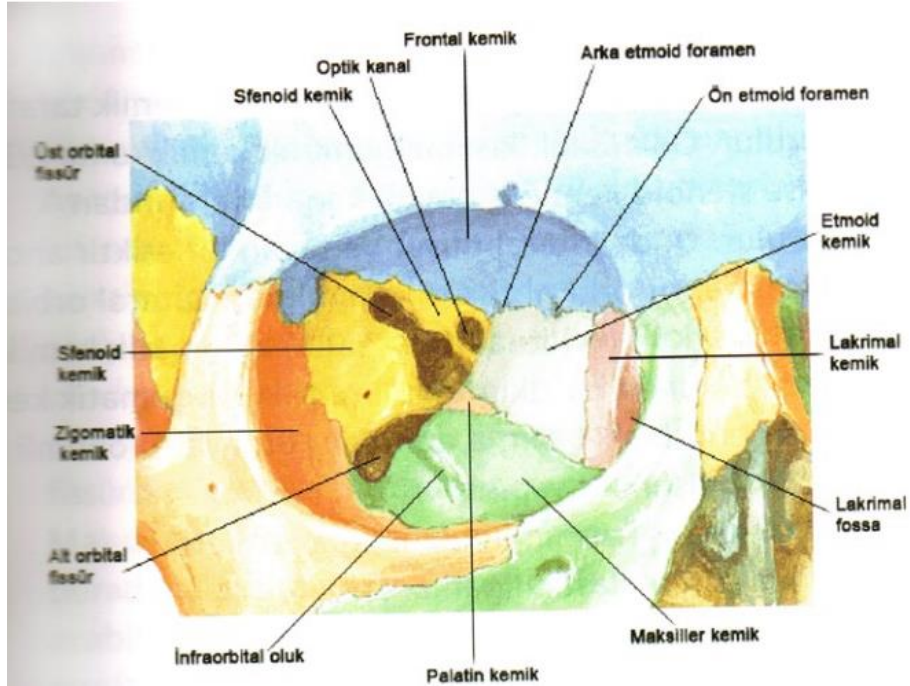
2. GENEL BİLGİLER

Göz yapısı ve çalışma yöntemi açısından diğer vücut organından farklılık göstermektedir. Göze ait patolojilerin kavranabilmesi için göz anatomisi ve fizyolojisinin bilinmesi önem taşımaktadır.

2.1. Gözün Anatomisi

2.1.1. Gözün Dış Yapıları

Orbital boşlukta bulunan göz küreleri dört adet rektus kası (m. rectus inferior, m. rectus medialis, m. rectus lateralis, m. rectus superior) ve iki adet oblik kas (m. obliquus superior, m. obliquus inferior) ile orbital boşluğa tutunur. Bu kaslar göz hareketlerinden sorumludur. İnsan gözünün sadece ön yüzü dış ortama açıktır. Gözün dışı açık kompartmanı göz kapakları ve kirpikler ile korunurken orbita içerisinde kalan kısmının çevresi kemik yapılar ile korunmaktadır. Orbitanın kemik yapısı Şekil 2.1’de gösterilmiştir (38, 39).



Şekil 2.1. Orbitanın kemik yapısı (Malkoç, İ. (38))

Orbital boşlukta yer alan diğer bir yapı da gözyaşı bezleri (Glandula lakrimalis) ve kanallarıdır (Duktus nazolakrimalis).

2.1.2. Gözün İçyapıları

Gözün içyapıları incelendiğinde ise 3 katmandan oluştuğu görülmektedir. En dışta fibröz tabaka (Tunika fibrosa), orta katmanda vaküler tabaka (Tunika vaskulosa) ve en içte ise sinir tabaka (Tunica nervosa) yer almaktadır.

Tunica Fibrosa

Göz küresinin en dışında bulunan, göz içindeki yapıları koruyup intraokuler basıncı dengede tutan sert tabakadır. Önde kornea ve limbus, küre genelinde ise sklera kısımlarından oluşmaktadır.

Sklera sert fibröz yapılı bir tabaka olup göz küresine koruyucu bir kılıf oluşturur. Opak, beyaz renkte olan, Sklera gözün 5/6 arka kısmını, saydam kornea ise 1/6 ön kısmını oluşturur. Göze şeklini veren asıl tabakadır. Arkada tenon kapsülüne yapışmıştır. Ön ve arkada iki büyük açıklığı vardır. Öndeki açıklıkta saydam olan kornea, arkadaki açıklıkta ise optik sinir vardır. Sklera dıştan içe doğru sklera, stroma ve lamina fusca olmak üzere üç katmandan oluşmaktadır.

Kornea şeffaf bir yapıya sahip olup göze gelen ışığın kırılmaya uğradığı ilk noktadır. Küresel bir şekle sahip olup damarsız bir yapıdır. Histolojik olarak dıştan içe: Epitel, Bowman tabakası, Stroma, Descemet membranı ve Endotel tabakalarından oluşmaktadır.

Kornea ile skleranın birleşim yeri Limbus olarak adlandırılmaktadır. Periferik kornea boyunca uzanan gri renkte, 1-1,5 mm genişliğinde bir alandır. Sınırlarının bilinmesi katarakt ve glokom cerrahileri gibi göz içi ameliyatlarında insizyon yeri olmasından dolayı önem arz etmektedir ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Tunika Vaskulosa

Uvea olarak da bilinen tunika vaskulosa sinir, damar ve bağ dokusu hücrelerinden zengindir. Dışta sklera; içte ise retina ile komşuluktur. Zengin damarlanması sayesinde gözün ısı dengesini korur, retina pigment epitelini ve retinanın dış katlarını besler. İris, siliyer cisim ve koroid olmak üzere üç bölümü bulunmaktadır.

Uveanın en önünde yer alan tabakası olan iris, bölgedeki pigmentasyon düzeyine göre göze rengini veren tabakadır. Lens ve korpus siliyarenin önünde, ön kamarayı arka kamaradan ayıran bir diyaframdır. Korneanın arkasında, lensin önünde bulunur, her iki yüzü de aköz hümör ile temastadır.

Siliyer cisim, koroid ile iris arasında yer alan bölümdür; aköz hümör üretimi ve silyar kas sayesinde akomodasyon yani uyumdan sorumludur.

Retina pigment epiteli (RPE) ve duyuşal retinanın dış yarısının beslenmesini sağlayan vasküler tabakaya koroid adı verilir. Koroid arkada optik sinirden, önde korpus siliyare kadar uzanır ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Tunica Nervosa

Göz küresi tabakalarının en içte yer alan ve ışığa duyarlı reseptörleri içeren bölümüdür. Kırıcı yüzeylerden (kornea, lens), bir diyaframdan (iris ve pupilla) geçerek gelen ışık, retinadaki koni ve basil hücreleri ile algılanır, beyine elektriksel ileti olarak gönderilir. Bazı bölgelerde özelleşerek farklı isimler almaktadır. Bu noktalar Ora serrata, Makula, Fovea, Foveola ve Umbo olarak sıralanabilmektedir.

2.1.3. Göz Boşlukları

Göz boşlukları önden arkaya sırasıyla ön kamara, arka kamara ve vitreus olarak yer almaktadır.

Ön ve Arka Kamara

Ön kamaranın ön sınırını kornea, arka sınırını ise iris ve pupilla oluşturmaktadır. Normal bir bireyde merkezde ön kamara derinliği 3 mm kadar olup içerisinde aköz hümör sıvısı bulunmaktadır.

Arka kamara ise önde iris, arkada lens ve zonüllerle sınırlandırılmıştır. Silier cisimlerden buraya salgılanan aköz hümör pupilla yolu ile ön kamaraya geçer.

Vitreus Boşluğu

Önde zonula lifleri, korpus siliare, lensin arka yüzü, arkada retina ve papilla arasında kalan boşluktur. Boşluk jel kıvamındaki vitreus ile doldurulmuştur. Göz küresinin 80'ini oluşturur ⁽⁴³⁾.

2.2.Lens Anatomi ve Histolojisi

Lens iris dokusunun arka bölmesinde yar alan ve ışığın kırılarak retinaya düşmesini sağlayan mercek yapısında şeffaf bir dokudur. Beslenmesini aköz hümor aracılığı ile gerçekleştirir. Nörön ve damar yapılarını içermez. Şekil yapısı itibarı ile ön ve arka yüzleri konvektir. Ekvator olarak adlandırılan özel bir bölmede ön ve arka yüzeylerin birleşme noktası bulunmaktadır. Lensin görevleri ışığın kırılmasını sağlamak, akomodasyon yapmak, UV ışınlarının geçişini sınırlandırmaktır (15, 44) Lensin yapısında dört ana bölmeden oluşmaktadır.

2.2.1. Kapsül

Lensin tamamını saran ve aselüler yapıda bir dokudur. Ön yüzeyi arka yüzeyine göre daha kalın olup ilerleyen zamanlarda daha da kalınlaşır. Lens epitel hücrelerinin bazal membranı olduğu kabul edilir. Kalınlığı iki ila yirmi µm arasında değişmektedir.

2.2.2. Epitel

Sadece ön kapsül alt tabakasında yer alan kübik yapılı hücrelerdir. Arka kapsül tarafında bulunmamakla beraber ekvator bölgesinden çoğalmaktadır. Bölünme ile çoğalan hücreler kutup alanlarına uzanır ve fibrilleri oluşturur.

2.2.3. Fibriller

Sürekli oluşum içerisinde olan fibriller zamanla merkezi bölgeye doğru ilerler. Bu durum merkezde en yaşlı, periferde ise en genç fibrillerin yer almasına neden olur. Merkezde biriken eski fibriller zamanla lens çekirdeğini oluştururken yeni oluşan fibriller ise lens korteksinin oluşmasını sağlarlar.

2.2.4. Zinn Lifleri

Lensin ekvator ile siliyer cisim arasında tutunmasını sağlayan liflerdir.

2.3.Lens Fizyolojisi

Normal bir lensin ağırlığının yaklaşık üçte ikisini su, üçte birini proteinler oluştururken yalnızca yüzde birlik kısmını lipidler, karbonhidratlar ve elektrolitler oluşturmaktadır. Lensin protein içeriği vücuttaki diğer dokulardan daha yüksektir. Proteinler suda eriyen (sitoplazmik) ve suda erimeyen (hücre iskeleti ve plazma membranında) tiptedir. Suda eriyen proteinler α - kristalinlerdir ve tüm lens

proteinlerinin % 90'ını oluşturur. Lense özeldir ve diğer dokular için antijeniktir. Yaşla polipeptidlerde zamanla bozulma, erimede artma, sülfidril gruplarında azalma görülür. Bunun sonucunda lens şeffaflığı bozulur ⁽⁴⁵⁾.

Embriyonik hayatın başlarında kesif olan lens zamanla şeffaflaşır. Şeffaf olmasının başlıca nedenleri lensin ana yapı elemanları olan fibrillerin hekzogonal yapıları ve hücreler arası boşluğun çok az olmasındandır. Kırıcılık indeksi 1.41'dir. Lens UV ışınları için tutucu bir fonksiyon sergilerken 295 nm altı dalga boyundaki ışınları korneaya odaklar. 400 nm üzerindeki ışınların ise tamamını absorbe etmeksizin retina iletilir. Bu nedenle sarı ışık (570-595 nm) retinada, mavi (440-500 nm) retina önünde, kırmızı ışık (620-770 nm) ise retina arkasında odaklanır ⁽⁴⁵⁾.

Lensin enerji üretimi tamamen glukoz metabolizmasına bağımlıdır. Glukoz metabolizmasının aneorobik, aerobik (Krebs siklusu) ve Heksos Mono Phosphat (HMP) şekilleri vardır. Lensteki metabolizmanın %80'i aneorobiktir. Oksijenli ATP üretimi yalnızca epitel katmanında gerçekleşir. Diğer bir enerji yolağı olan sorbitol yolu da toplam enerji üretiminin yaklaşık %5'inden sorumludur. Sorbitol enzimatik aktivite ile fruktoza metabolize olur. Sorbitolun metabolize edilmesinde bozukluk ortaya çıktığı zaman diffüzyon yeteneğı çok az olan sorbitol birikmeye başlar ve osmotik etki ile lensin su çekerek şişmesine neden olur. Bu olayın diabetik katarakt gelişiminde önemli bir rolü vardır ⁽⁴⁶⁾.

Lens proteinleri suda erime özelliklerine göre 2 grupta incelenirler. Büyük çoğunluğu oluşturan (%90) suda eriyen proteinler hücre içi proteinlerdir ve üç grupta toplanmaktadır. Bu gruplar α , β ve γ kristalinlerdir. Bu proteinler yaşlanmanın etkisi ile suda erimeyen türevlerine dönüşüebilirler. Bu durum yaşlanmaya bağı oksidatif metabolizmanın artışına bağıdır. Lens proteinlerin oksidasyonu sonrası opaklaşır. Lenste bulunan C ve E vitaminleri oksidasyona karşı görev alır ⁽⁴⁷⁾.

Lens ozmolaritesi Na^+ , K^+ ve Cl^- iyonları ve suyun pasif olarak transfer etmesine bağıdır. Bu denge Na-K ATPase ve aktif Na/K pompasının düzenli olarak çalışması ile sağlanır. Bu yolda bir bozulma meydana gelmesi durumunda osmotik denge bozulur ve hücre su alır. Bu durum da lensin opaklaşmasına neden olur. Tüm bu nedenlerden dolayı. İyonik-osmotik dengeler lens proteinlerinin üretim aşamasında da aktif görev alırlar ⁽⁴⁸⁾.

2.4.Lensin Görmedeki Rolü

Gözün odaklanma hedefinin uzak bir noktadan daha yakın bir noktaya alınmasına akomodasyon denir. Göz kaslarının üzerindeki liflerin gerilmesi sonucu lensin şeklinin değişmesi ile gerçekleşir. Yaş arttıkça lens bu özelliğini kaybetmektedir. Bu durum presbiyopi olarak isimlendirilir ⁽⁴⁹⁾.

Akomodasyon için lensteki değişim büyük oranda ön santral yüzeyde gerçekleşir. Ön santral kapsül periferden ince ve ön zonüller lifler görme aksına daha yakın yerleşimli olduğundan akomodasyonda ön santral bölge bombeleşir. Siliyer kas hareketlerine göre lifler gevşer ya da gerginleşir. Bu durum lenste daha sferik ya da daha düz bir yapı oluşmasına neden olarak dioptrik (D) güçte artma ya da azalmaya neden olur.

2.5.Katarakt

Katarakt terimi şelale ya da demir parmaklık anlamına gelen Latince “cataracta” ve Yunanca “katarraktes” kelimelerinden türetilmiştir. Yunanca şelale anlamına gelen katarakt terimi ilk defa MS. 1018 yılında Constantinus Africanus adlı bir keşiş ve adı bilinmeyen bir Arap Oküllist tarafından kullanılmıştır. Katarakt, opaklığın büyüklüğü dikkate alınmaksızın herhangi bir şeffaflık kaybı olarak nitelendirilmektedir ^(50,51).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kataraktı lensin ışığın geçişini engelleyecek/etkileyecek şekilde opaklaşması şeklinde tanımlamaktadır. Yaşa bağlı katarakt için risk faktörleri diyabet, uzun süreli güneş ışığı maruziyeti, tütün kullanımı ve alkol kullanımı olarak belirlenmiştir. Görme kabiliyeti etkilenen lensin cerrahi olarak çıkarılması ve yapay bir mercek ile restore edilmesi yöntemi ile geri kazanılabilmektedir ⁽⁵²⁾.

DSÖ 2014 verilerine göre dünya genelinde 285 milyon insanın görmesinin etkilendiği, bunların 39 milyonun tamamen görme engelli olduğu, 246 milyonunun ise görme kabiliyetinin azaldığını belirtmiştir. Görme kaybı yaşayan bireylerin %82'sinin 50 yaş ve üzerinde olduğu, %90'ının ise düşük gelir bölgesinde yaşadıkları görülmektedir. Tüm görme kayıplarının % 80'i korunabilir ya da tedavi edilebilir nedenlerden kaynaklanmaktadır. Tedavi edilmemiş katarakt, etkilenmiş görme

bozukluklarının %33'ünü oluşturduğu görülmektedir ⁽⁵²⁾. Bu nedenle katarakt tedavisi önem arz etmektedir.

Günümüzde kataraktın oluşumunu engelleyen ya da bulanıklaşmış bir lensin yeniden saydamlaştırmasını sağlayan bir tedavi bulunmamaktadır. Kataraktın mevcut yegane tedavisi cerrahidir. Saydamlığını kaybetmiş lens cerrahi yöntemler ile çıkarılmakta ve yapay mercek takılmaktadır ⁽⁵³⁾.

2.5.1. Katarakt Türleri

Kataraktların sınıflandırılması kataraktın gelişim zamanına göre iki başlık altında incelenir. Konjenital katarakt doğumdan itibaren görülürken edinsel kataraktlar senil, metabolik, travmatik, toksik, bazı hastalıklara sekonder sindermototik katarakt olarak beş türde incelenir.

Senil Katarakt

Katarakt türleri arasında en sık rastlanan tiptir. Yaşa bağlı olarak gelişmekte olup ileri yaşlarda görülme sıklığı da artar. Senil katarakt 65-74 yaşlarında %50, 75 yaş ve üstü bireylerde %70 sıklık düzeylerinde görülmektedir ^(11, 54).

İlerleyen yaşla beraber lensin saydamlığının azalması aslında normal yaşlanma sürecinin bir parçasıdır. Senil katarakt erken dönemde yaygın olarak nükleer, kortikal ve arka subkapsüler katarakt olmak üzere üçe ayrılır ^(2, 55, 56).

Travmatik Katarakt

Genç bireylerdeki tek taraflı kataraktın en yaygın nedenidir. Künt ya da penetran travmalar lensin opaklaşmasına neden olmaktadır ^(56, 57). Nadir de olsa elektrik şokları, yıldırım çarpması ve oküler tümörlere iyonize radyasyon uygulanması katarakta yol açabilmektedir ⁽⁵⁶⁾.

Metabolik Katarakt

Diyabetes mellitus, galaktozemi, hipokalsemi gibi sistemik hastalıklarla birlikte görülen katarakt türüdür. Lenste metabolit (sorbitol, dulcitol vb.) birikimine bağlı olarak gelişir ⁽⁵⁸⁾.

Sekonder Katarakt

Üveit, glokom, göz operasyonları gibi durumlar sonrasında oluşan kataraktır ⁽²⁾. Bunlar dışında Wilson hastalığı ve soğuk maruziyetine bağlı olarak da katarakt gelişebildiği belirtilmiştir ^(2, 58).

Toksik Katarakt

Sigara, alkol ve ilaçlara (Steroidler, antiartitmikler, antiepileptikler, lipid düşürücüler) bağlı olarak gelişen kataraktlar bu başlık altında toplanmaktadır ^(2, 13, 56, 57).

2.5.2. Katarakt Gelişim Mekanizması

Protein yapısındaki küçük değişiklikler dahi lensin saydam yapısının kesifleşmesine neden olabilir. Proteinlerin kümeleşmesi, dokudaki su yüzdelerinin değişimi ve diğer metabolik değişimler lenste opaklaşmaya neden olabilir. Bu değişimlerin bir araya gelmesi ve yaşlanma ile beraber katarakt gelişimine neden olmaktadır ⁽⁵⁸⁾.

2.5.3. Katarakt Semptomları

En belirgin şikayet görmenin azalmasıdır ⁽⁵⁹⁾. Bazı kataraktlarda nodal noktaya yakınlık nedeni ile uzak ve yakın görmenin çok azaldığı bilinmektedir. Kamaşma da hastaların sık karşılaştığı bir şikayettir ⁽⁶⁰⁾.

Katarakt kendini yavaş ilerleyen, ağrısız görme kaybı ile göstermektedir. Hastalığın yavaş gelişim süreci ve diğer gözün sağlıklı olması tespiti daha da geciktirebilmektedir. Sağlam gözün kapatıldığı durumlarda katarakt hastalar tarafından daha kolay fark edilmektedir. Hastalar genellikle sisli ve bulanık görüntü tariflemektedir ⁽⁵⁹⁾.

2.5.4. Katarakt Tedavisi

Katarakt için birincil koruma yöntemlerinin etkinliği incelendiğinde koruyucu girişimlerin başarılı olmadığını gözlenmiştir. Metabolik hastalıklara bağlı gelişen bazı kataraktlarda ise koruyucu yaklaşımlar sınırlı başarı düzeyine sahip bulunmuştur ⁽⁵⁵⁾. Araştırmalarda Antioksidan vitaminlerin katarakt üzerine koruyucu etkisi olduğu gösterilse de medikal tedavinin başarısı konusunda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır ^(10, 56, 61, 62). Katarakta günümüz için geçerli tedavi görmenin geri kazanılması amacıyla

yapılan cerrahi yöntemlerdir ⁽⁵⁵⁾. Katarakt tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemler aşağıda sıralanmıştır.

Fakoemülsifikasyon

Fakoemülsifikasyon, özel piezoelektrik kristallerin yardımı ile oluşturulan ultrason gücünün meydana getirdiği osilatuar hareketler sayesinde, lens nükleusun parçalanması ve aspire edilmesidir ^(63, 64) Operasyon için öncelikle göz limbus bölgesinden minör bir kesi ile göze girilir. Daha sonra ultrasonik dalgalar ile lens çekirdeği parçalanır. Parçalanmış materyal aspire edilerek yerine artifisyel lens yerleştirilir. Bu yöntemin avantajı çok küçük limbus kesi alanı sayesinde iyileşmenin hızlı olması ve astigmatizm gelişiminin çok düşük olmasıdır ^(55, 56). Dezavantajı ise kullanıcı bağımlı olmasıdır. Tecrübeli hekimlerde komplikasyonlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Yöntem, sunmuş olduğu avantajlar nedeni ile katarakt tedavisinde en sık kullanılan cerrahi prosedürdür ^(5, 65, 66).

İntrakapsüler ve Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonları

İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (İKKE) güncel ekstrakapsüler katarakt cerrahisine geçilmeden önce lensin kapsülüyle birlikte çıkarıldığı yöntemdir. Kistoid maküla ödemi, retina dekolmanı, vitreus kaybı, vitreus hemorajisi gibi komplikasyonların sık görülmesi, yara iyileşmesinin ve hastaların görsel iyileşmesinin geç olması bu yöntemin dezavantajlarını oluşturmaktadır ⁽⁵⁾.

Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (EKKE) ön kapsülünde oluşturulan bir açıklıktan nükleus ve korteksin çıkarıldığı yöntemdir. İKKE cerrahisine göre daha küçük bir insizyon kullanılmakta, ve arka kapsül yerinde bırakıldığı için kapsül içine ya da silyer sulkusa göz içi lens (GİL) implantasyonu yapılabilmektedir ^(5, 67).

2.5.5. Katarakt Cerrahisi Komplikasyonları

Katarakt cerrahisi tedavi başarısı yüksek bir yöntem olmakla beraber tüm cerrahi yöntemlerde olduğu gibi bir takım cerrahi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek potansiyel komplikasyonlara sahiptir.

Kornea Yanığı

Ultrasonik uçta oluşan aşırı ısı nedeniyle kesi dudaklarında yanık meydana gelir. Bu komplikasyon kesinin durumu, I/A dengesi ve ultrasonik enerji ile ilgilidir.

İrrigasyon sıvısının soğutulması da yanığı önlemede faydalıdır. Ultrasonik enerji kullanılırken yara yerinin dışarıdan sık sık ıslatılması yanık oluşumunu azaltmada etkilidir.

Descemet Membranı Ayrılması

Sıklıkla membranın yara yeri ya da parasentez kenarında cerrahi aletlere yakalanması sonucu gelişir. Yara yerinin küçük olması, aletlerin sıkı girişi bu komplikasyonun sıklığını artırırken uygun insizyon mimarisi ve derin ön kamara dekolman sıklığını azaltır.

İris Travması

Periferik iris travmalarında fako ucu giriş insizyon yerinin çok geride ve insizyon boyunun kısa ve geniş olmasının rolü vardır. İnsizyonun doğru yapılması ve viskoelastik ile ön kamara oluşturularak fako ucunun sokulması bu komplikasyonu önlemede faydalıdır.

Arka Kapsül Rüptürü

Nükleusun yatağında parçalara ayrılması sırasında olabilir. Ayrıca nükleus parçacıklarının temizlenmesi sırasında arka kapsül rüptürü olabilir.

Tablo 2.1. Operasyon sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar

Operasyon sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar	
A) Katarakt insizyonu ile ilgili; <ul style="list-style-type: none">* Tünel perforasyonu* Descemet membran dekolmanı* Tünelin uzun / kısa/ geniş / dar/ derin / yüzeysel olması* Termal yanıklar	D) Fakoemülsifikasyon sırasında; <ul style="list-style-type: none">* İris prolapsusu ve rüptürü* Descemet dekolmanı* Endotel teması* Kapsüloreksis rüptürü* Korneal yanık (dar kesi, düşük akım hızı, yüksek fako gücü, kesi oklüzyonu)* Arka kapsül rüptürü* Nükleus materyalinin vitreusa düşmesi* Ön segment hemorajisi
B) Anterior kapsülektomi (kapsüloreksis) sırasında; <ul style="list-style-type: none">* Büyük kapsüloreksis* Küçük kapsüloreksis* Kapsüloreksisin periferik ilerlemesi	E) Kortikal irrigasyon ve aspirasyon sırasında; <ul style="list-style-type: none">* Korteksin yetersiz alınması* Arka kapsül rüptürü
C) Hidrodiseksiyon esnasında; <ul style="list-style-type: none">* Asırı sisirmeye bağlı:<ul style="list-style-type: none">- Ön kamaraya nükleus prolapsusu- Arka kapsül rüptürü- Ön kamaranın derinleşmesi- Nükleusun arka kamaraya geçişi* Yetersiz sisirme:<ul style="list-style-type: none">- Nükleusun çevrilememesi- Zorlama sonucu zonüller ayrılma	F) GİL implantasyonu esnasında; <ul style="list-style-type: none">* Endotel hasarı* İris hasarı* Descemet dekolmanı* Zonül diyalizi* Ön segment hemorajisi
Postoperatif Komplikasyonlar	
<ul style="list-style-type: none">* Yara yeri açılması ya da sızıntısı* Postoperatif astigmatizma* İntraoküler basınç artışı* Retina dekolmanı	<ul style="list-style-type: none">* Korneal ödem ve büllöz keratopati* Endokapsüler hematoma* Arka kapsül kesiflesmesi

Cerrahi işlemlerde hastalar gerek komplikasyonlar gerek ise işlemin kendisi nedeni ile kaygı duyabilmektedirler.

2.5.6. Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Sağlık bireyden bireye, toplumdan topluma ve çevreden çevreye farklılık gösterir. Sağlık ve hastalık kavramları, daima birbirini çağrıştıran kavramlardır. Hastalık bireyin fiziksel, emosyonel, entelektüel ve sosyal fonksiyonlarında geçici ve kalıcı kayıplara neden olur. Hastalık bireyin çevre ile uyumu, çevre ile etkileşimi, üretkenliği, verimliliği ve iç dengesini bozar. Hastalık durumunda birey ve aile, duygusal ve davranışsal olarak beden imajı, aile dinamikleri ve rollerde değişim deneyimler. Her birey hastalığa ve hastalığın tedavisine farklı duygulanım gösterir. Psikolojik etkisi olmayan hiçbir hastalık yoktur. Hastalık kişiyi tehdit eder korku, üzüntü, çaresizlik, öfke, depresyon ve kaygı gibi bir dizi duyguları çağrıştıır. Profesyonel hemşirelik ise kişiyi ve onun içinde olduğu çevresini bir bütün olarak tanımlayan holistik yapıyı kullanır. Hemşire kusursuz bir değerlendirme ile hastanın gereksinimlerini, problemlerini, potansiyel problemlerini tanımlayabilir ve gelişebilecek daha ciddi problemler açısından yüksek riskli hastaları tespit edebilir. Değerlendirmede bir araya getirilen bilgiler hastanın sosyokültürel geçmişini, varolan problemlerinin duygusal ve biyolojik yönlerini, öyküsünü, spiritüel ve felsefik inançlarını ve ailevi konuları ele alır. Bu değerlendirme, hemşirelik bakımı için tanımlama sürecini başlatır ⁽⁶⁸⁾.

Hemşirelikte bakımın amacı iç ortamın sürekliliğini sağlayarak, sağlık halinin devamlılığını sürdürerek hastalık durumunda kaybolan dengenin tekrar eski iyilik haline getirilmesine yardımcı olmaktır ⁽⁶⁹⁾. Hemşirelik bakımı, bireye özgü doğru ve gerçekçi hedeflere temellenen bakımın planlanarak uygulanabilmesinde öncelik bütüncül bir bakışla gerekli verileri elde edebilmektir. Hemşirelik Sürecinin ilk aşaması olan “Tanılama” da hemşire, bireye özgü topladığı verileri kapsamlı olarak değerlendirmelidir. Verilerin eksiksiz ve doğru toplanması, yorumlanması ve doğrulanması, doğru hemşirelik tanısının konulmasında, beklenen hasta sonuçlarının ve girişimlerinin planlanarak hemşirelik bakımının uygulanmasında ön koşuldur ⁽⁷⁰⁾. Bu bağlamda cerrahi girişim uygulanacak bireyin kaygı düzeyinin tanılanmasında, cerrahi girişime karşı bireysel yanıtlarını ve kaygı düzeylerini etkileyen tüm

faktörlerin irdelenmesi için hemşirelik sürecinin bir model/kuram doğrultusunda uygulanmasının yararlı olacağı bilinen bir gerçektir. Bu nedenle cerrahi girişim uygulanacak bireye sunulan bakım “Yaşam Modeli”ne temellendirilerek açıklanacaktır^(71, 72).

Yaşam modeli sadece hasta bireylere değil tüm sağlıklı bireyleri de içine alan sağlığın korunması ve sürdürülmesinde yol gösterici olup son zamanlarda büyük ölçüde kabul gören bir hemşirelik modelidir^(71, 73).

1980 yılında Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen Yaşam Modeli’nde, yaşam süresinin tüm evrelerinde, bağımlılık-bağımsızlık dizgesine, biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik faktörlere ve yaşamda bireyselliğe bağlı olarak farklı biçimlerde gerçekleştirilen günlük yaşam aktivitelerine (GYA) ilişkin sorunların belirlenerek, çözümlenmesi yaklaşımı ile bireyin bütüncül olarak ele alınması hedeflenmektedir^(71, 72).

Katarakt Operasyonu Öncesi Hemşirelik Bakımı

Katarakt operasyonu günübirlik cerrahi şeklindedir. Günübirlik cerrahi (Ambulatory, Out patient, Day surgery, Dış vaka) özellikle hastaların ameliyat olacakları gün içinde hastaneye kabul ve taburcu edildikleri cerrahi işlemlerini kapsamaktadır. Bu programda hastalar ameliyat öncesi bölümü ve ameliyat sonrası birkaç saat sonraki evreyi evde geçirmektedir. Planlanmış bir ameliyata hazırlıkta ameliyat öncesi akşamı ve sabahı hazırlıkların sorumluluğu hemşireye aittir. Hemşire, cerrahi girişim öncesi hastadan, sağlık özgeçmişi, fiziksel tanılama ve tarama testlerine ilişkin bilgi toplanmalıdır. Ameliyat öncesi hastanın sistemik hastalığının olup olmadığını belirlemeli, evdeki bakımına yönelik bilgi verilmelidir. Hastanın korku ve endişelerini açıklamasına fırsat vermeli ve gerekli açıklamaları yapmalıdır. Hasta ve hastanın beklentileri ile ilgili veriler, bakım planının ve verilecek olan eğitimlerin bir parçasını oluşturur⁽¹⁾. Günübirlik cerrahi hastalarının gereksinimleri hastaneye yatan hastalardan farklıdır ve bu yönden de değerlendirilmelidir. Çünkü günübirlik cerrahi hastalarının çoğu hastanede çok az zaman geçirirler. Bu nedenle hastaların ve hemşirelerin beklentileri, rolleri değişmektedir. Günübirlik cerrahide hastalara ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakımında daha fazla sorumluluk düşmektedir. Hemşirelerin hastaları taburcu ederken kendi bakımları ve

sorumlulukları için hazırlamaları gerekmektedir. Bu nedenle günübirlik cerrahi hastalarına bakım veren hemşireler, hastaların tam olarak hazırlanmasında önemli sorumluluklar yüklenmektedir. Bu sistemde hastalara daha fazla bireysel bakım verilmektedir. Günübirlik cerrahide, cerrahlar ve hastalar arasında iletiŐimi sağlamada hemşireler önemli bir role sahiptir ⁽²³⁾.

İzin formu, hasta kayıtlarının önemli bir parçasıdır. Cerrahi işlem öncesi hastalara kuruma ait olan izin formu imzalatılmalıdır. Hastanın bilmediği ya da yapılmasını istemediği herhangi bir iŐlemden hastayı koruyacağı gibi hastane personelini ve sağlık bakım profesyonellerini de kendilerine gelecek yasal ve idari yaptırımlardan koruyacaktır. Hastandan bilgilendirilmiş izin belgesi alınmadan önce mutlaka hekim ve hemşire tarafından ayrıntılı ve anlaşılır dille açıklama yapılmalı, hasta ve ailesinin soruları cevaplandırılmalı, görüŐme sonunda anlayıp anlamadığı kontrol edilmelidir. Hastadan alınan izin belgesi akli dengesi yerindeyse, verilen bilgiyi anladığı ifade ediyorsa izin belgesi geçerli olur ve bu durum cerrahi yasal sorumluluğu korur.

Katarakt operasyonu öncesi, ameliyat yapılacak göze pupil dilatasyonu yapılır. Gerekirse sedatif ilaçlar verilir. İntra venöz yol her ihtimale karşı açık tutulur ve ameliyathaneye hazırlanır. Ameliyat önlüğü, bone ve maske giydirilerek hazırlık tamamlanır. Bu hazırlığın amacı; ameliyathanenin steril olması ve kendisinin de bu konuda hazırlanması enfeksiyon açısından önem taŐıdıėı hastaya belirtilir. Ameliyathaneye girmeden önce değerli eŐyaları var ise hasta yakınlarına teslim edilir. Hastaya ameliyat sonrası operasyon olan gözünün kapalı geleceğini ve bir gün kapalı duracağı konusunda bilgilendirilmelidir. Hemşire hastaya vermiŐ olduğu her bilgi anlaşılır ve kaygıyı azaltacak Şekilde olmalıdır. Hastanın sorunlarını arttırıcı değil azaltıcı bilgiler vermelidir. Görme fonksiyonunu kaybetme olasılığı korku yaratan bir durum olduğundan, göz ameliyatı olacak hastalar çok endiŐelidir. Bu nedenle göz ameliyatından önce, hastanın psikolojik hazırlığı çok önemlidir ⁽⁷⁴⁾.

Katarakt Operasyonu Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası bakımında genel kural; göz içi basıncımın artmasının, kanamanın ve enfeksiyonun önlenmesidir. Ağrıyı gidermek için analjezik verilir. Hastanın gözü ameliyat sonrası kapatılır. Ameliyat sonrası kapatılan gözler 24 saat

sonunda hekim kontrolünde açılır. Hasta bu konuda önceden bilgilendirilmiş olması önemlidir. Gözlerinin ovuşturulmaması gerektiği söylenir. Bu süre içerisinde bulantı ve kusma olabilir; bu durum intraoküler basıncı arttırabilir. Bu durumu önlemek için hekim doğrultusunda antiemetikler verilebilir ^(4, 23).

Ameliyat sonrası antibiyotikli ve steroidli pomad kullanılır. Özellikle intraoküler lens yerleştirilmiş hastaya pupillayı genişleten ilaçların kullanılması ciddi komplikasyonlara neden olur. Bu konuda hemşire dikkatli olmalıdır.

Taburculuk öncesi eğitimde hastaya; enfeksiyon ve travmalardan kaçınılması için gözler ovuşturulmaması, intraoküler basıncı arttırmamak için ağır kaldırma, ıkınma, öne eğilme, sümkürme gibi hareketlerden kaçınması gerektiği, ameliyatlı göz tarafına yatmaması sırt üstü yatması, yüz bölgesine beş gün su/sabun değdirilmeme ve ilaçlarını düzenli kullanmasının önem arz ettiği hastaya belirtilmelidir ^(4, 23).

2.6. Kaygı Tanımı ve Tarihçesi

Kaygı, hoş olmayan heyecansal endişe hali olup, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve duygulanım olarak tanımlanmaktadır ^(17, 18). Kaygı, Hint-Germen kökenli “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Türkçe’de “bun, bunaltı”, “endişe”, “iç sıkıntı”, “can sıkıntısı” veya “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” gibi sözcüklerle eş anlamlıdır. Türk Dil Kurumu sözlüğünde “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” anlamındadır ⁽⁷⁵⁾. Webster sözlüğünde ise “olması yakın ya da umulan beklenen bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluk” olarak ifade edilmektedir ^(76, 77)

Kaygı evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir yanıttır. Birey, alışlageldiği yaşamı içinde, ne olduğunu tam bilemediği yeni, farklı ya da bilinmeyen bir durumla karşılaştığı zaman bu duyguyu deneyimlemektedir. Kaygı genellikle stress yaratan durumlarda daha belirgin hissedilmektedir. Psikoanalistler kaygının doğumla başlayıp ölüme kadar sürdüğünü belirtmektedir ^(18, 77, 78).

Çoğu kez kaygı ve korku birbirinin yerine kullanılmaktadır. Oysa korku; kaynağı dıştan gelen belirli bir tehlike karşısında hissedilen, bireyi savunmaya iterek

tehlikelerden koruyan, çeşitli bedensel ve ruhsal belirtileri olan karmaşık bir duygudur. Kaygı ise genellikle içsel kaynaklı, bireyin kendini nasıl koruyacağını bilmediği bir duygudur. Bu iki duygusal yanıt arasındaki farklardan biri, korkunun akut ve kaygının kronik oluşudur ^(18, 76, 77).

Sigmund Freud 1900'lü yılların sonlarına doğru ilk kez kaygının tanımına yönelik teoriler üreten ilk kuramcıdır. Freud'a göre kaygı, kişilerin tehlikelere uyum sağlamalarına ve yaşamı sürdürmelerine katkı sağlamaktadır ^(18, 77). Başka bir kuramında ise kaygıyı egonun bastırılmasına bağlı gözlenen bir tehlike olarak tanımlamıştır ⁽⁷⁹⁾.

2.6.1. Kaygı Türleri

Objektif/Gerçek Kaygı

Bütün insanlar tarafından tecrübe edilebilir olan ve dünyanın gerçek risk ve tehlikelerine karşın oluşan kaygı türüdür. ^(77, 80).

Nörotik Kaygı

Tehlike kaynağı bireyin içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden kaynaklanmakta ve patolojik olarak tanımlanmaktadır ^(17, 77)

Ahlak/Moral Kaygı

Bireylerin suçluluk gibi içsel olarak yaşadığı duygulara bağlı manevi sıkıntı halidir. Düşünceler, duygular ve yaşamdaki çelişki ve çatışmalardan kaynaklanabilmektedir ^(17, 77).

Otto Rank' a göre ilkel kaygıya doğum travması meydana getirmekte ve buna "ayrılık kaygısı" denmektedir. Doğumla beraber intrauterin yaşamın rahatlığı ve güvenin kaybı kaygıya yol açmaktadır ⁽⁸¹⁾.

Karen Horney'e göre kaygı, tüm nörotik belirtilerin kaynağıdır ve çevresel stresörlere karşı meydana getirilmiş savunma sistemidir. Örneğin, çocuk, küçük yaşta duygusal yoksunluk içinde ise, bu ona yalnız kalma korkusu, ümitsizlik, düşmanca duygular vermekte ve kaygıya dönüşmektedir ⁽⁷⁷⁾.

A. Adler ise, kişinin kendisini kanıtlama dürtüsünün engellenmesine bağlı olarak kaygı deneyimlediğini belirtmektedir. Sullivan kaygıyı, herhangi birinin güvenliğine karşı olan gerçek ya da hayali tehditler sonucu oluşan bir gerginlik deneyimi olarak kabul etmektedir ⁽⁷⁷⁾.

Eric Fromm'a göre kaygı oluşumunda, toplumsal, ekonomik ve kültürel faktörler önemli rol oynamaktadır. Hızla gelişen teknoloji ile kişilerle arası rekabet artmış, birey kendisini yalnız ve güvensiz hissetmeye başlamıştır. Belli bir noktaya gelen bu durum ise, kaygıya neden olmaktadır ⁽⁷⁷⁾.

Travelbee, kaygının bireyin algılamasını ve öğrenmesini etkileyeceğinden; öğrenmede hafif ve orta düzeyde yaşanan kaygının güdüleyici olacağından ve bireyin başarısı için motivasyonunu artıracığından söz etmiştir. Peplau kaygının nedenini, bireyin güvenliğine karşı oluşmuş her türlü tehdit olarak görmektedir ⁽⁷⁷⁾.

Miller, Spencer ve Taylor, kaygının oluşumundan çok nasıl yayıldığı üzerinde durmuşlar ve kaygının davranışlar üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca yeni davranışların kazanılmasının, psikoterapide ve genel tedavide olumlu, güdüleyici bir rol oynadığı kabul edilmiş; ancak böyle bir etkinin bireyin zekası, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durumu yaş ve iyi alışkanlıklarının yapısı ile ilgili olarak değişebileceği belirtilmiştir ^(17, 77).

Kaygı kavramını durumluk ve sürekli kaygı olarak ayırdığı Spielberger'in iki faktörlü kuramında, durumluk kaygının, bireyin içinde bulunduğu baskılı durumdan dolayı hissettiği subjektif korku olduğu; baskının yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı düzeyinde yükselme, baskı ortadan kalkınca düşme olduğu belirtilmektedir. Sürekli kaygının ise, bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle baskılayıcı olarak algılama ve yorumlama eğiliminde olduğu; objektif kriterlere göre nötr olan durumların, birey tarafından tehlikeli ve benliği tehdit edici olarak algılandığı belirtilmektedir ^(17, 82).

2.6.2. Kaygı Düzeyleri

Hay, Kaygı şiddetine ve belirtilerine göre 4 sınıfa ayırmıştır. Bunlar hafif düzeyde, orta düzeyde, yüksek düzeyde ve panik düzeyinde kaygı olarak sıralanmaktadır ^(17, 77).

Hafif kaygı

Hafif kaygı halinde bireyler etrafından haberdar olup dikkat ve öğrenme düzeyi artmıştır. Bireyler daha yaratıcı ve duyarlıdırlar. Bununla beraber konuşma hızı ve şiddetinde bozulma yoktur.

Orta düzeyde kaygı

Orta düzeyde kaygı halinde bireylerde solunum ve kalp tepe atımı sayılarında artış, kas spazmları ve terleme gibi somatik bulgular gözlenmektedir. Bireylerin algılama ve kavrama kabiliyetlerinde bozulma gözlenmektedir.

Yüksek düzeyde kaygı

Yüksek düzeyde kaygı halinde somatik bulgular iyice artmıştır. Bu şikayetler gerginlikten çarpıntıya kadar varabilen bir spektrumda değişmektedir. Bireyler çevresinde olup bitenleri algılama kabiliyeti bozulmuştur. Yaşadıkları küçük ayrıntılara saplanmaktadırlar. Olay ve detaylar arasında ilişki kurmakta zorluklar yaşamaktadırlar.

Panik

Kaygının en yoğun yaşandığı düzeydir. Bireyin tüm dikkati dağınıktır. Çevresel tehlikelere karşı yanıtsızdır. Dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtilerin yanı sıra ölüm korkusu ya da kontrol kaybı ile kendini gösterir.

Hafif ve orta düzeydeki kaygı, bireyi duruma yoğunlaşma, öğrenme ve problem çözme konusunda motive ederken, yüksek düzeyde kaygı de, bilişsel işlevler olumsuz olarak etkilendiğinden, duruma yoğunlaşma ve konular arasındaki ilişkilerin anlaşılmasında güçlükler yaşanmaktadır. Panik düzeyde ise, anlama ve kavrama alanı tamamen daraldığından olaylar ve konular arasında bağlantı kurulamaz.

Kaygısı yüksek olan bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve sorun çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenmektedir ⁽⁷⁷⁾.

2.6.3. Kaygının Kişi Üzerinde Yarattığı Etkiler

Kaygı, bireylerde fizyolojik, psikolojik ve bilişsel değişikliklere yol açmaktadır. Bireyin kaygısı ve düzeyini belirleme açısından ipuçları oluşturan bu değişiklikler şunlardır ⁽⁸⁰⁾;

a- Fizyolojik Değişiklikler:

Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ilgilidir. Bu belirtiler; kalp atım hızının ve solunum sayısının artması, kan basıncının yükselmesi, ağız kuruluğu, yutmada güçlük, bulantı, kusma, ishal, sık idrara çıkma, terleme, titreme, baş ağrısı ve baş dönmesi, uykusuzluk, bayılma, yorgunluk ve kas gerginliğini kapsar.

b- Psikolojik Değişiklikler:

Korku, tedirginlik, huzursuzluk, güvensizlik, çekingenlik, çaresizlik, sinirlilik, öfke, depresyon, sersemleme hali, aşırı gerginlik, konsantrasyon güçlüğü, kendini ve başkalarını eleştirme/suçlama eğilimi, libidoda azalma, kontrolünü kaybetme, iştahsızlık, yorgunluk halidir.

c- Bilişsel Değişiklikler:

Dikkat ve yaratıcılığın azalması, hatırlama ve karar verme güçlüğü, çevreye karşı ilginin azalmasıdır ^(17, 77).

2.6.4. Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Kaygı

Cerrahi operasyon planlanan hasta için ağrı, beden imajında değişim, bağımsızlığın kaybı anlamlarını taşımaktadır. Bedensel ve yaşamsal düzeyine etki eden bu tehdit üzerine hasta endişe ve kaygı duyar. Operasyon öncesi kaygı nedenleri değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde vücut bütünlüğünün tehdidi endişesi, yabancından korku, ayrılma endişesi, sevgi ve ilgi kaybı endişesi, fonksiyon kaybına bağlı endişeler, bedenini başkalarına teslim etme endişeleri, suçluluk duyguları, ağrı korkusu gibi durumlar kaygı sebeplerinin başında yer almaktadır ^(31, 34, 83).

Preoperatif kaygı düzeyinin yüksek olması cerrahi işlemle ilgili belirsizlikten, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyiminden, yakın çevre, aile ve arkadaşlarının söylediklerinden etkilenir ⁽⁸⁴⁾. Ameliyathanede beklemenin de ameliyat öncesi kaygı

düzeylerini arttıracığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Hasta bu sebeplerden dolayı kendini hoşnutsuz hisseder ve bu his hastaların cerrahiden kaçmasına neden olur ⁽²⁹⁾.

Günübürlük cerrahi hastaları ise hastanede kısa süre kalacak olmanın ve klinikten çabuk çıkarılma ile ilgili korku ve endişeleri bulunmaktadır. Bu tür endişeleri önlemek amacıyla hastaların eve gitmeye hazır oldukları zaman taburcu edilmelidirler ⁽²³⁾.

Ameliyat öncesi bakım ile hastaların kaygı düzeyleri en aza indirilebilir. Ameliyat öncesi bakımın amacı, hastayı fiziksel ve psikososyal yönden ameliyata hazırlamak olmakla beraber bu bakımı sağlayacak en nitelikli kişi hemşirelerdir. Bu dönemde yapılacak hemşirelik bakımı, psikolojik, fizyolojik ve hasta eğitimini kapsamaktadır. Preoperatif dönemde empatik, kavrayıcı ve destekleyici yaklaşım, hastanın kontrol duygusunu yeniden kazanmasını sağlayabilir. Bu ilişkide iletişim, uygun ilişki biçimi ve bilgilendirme en önemli aşamadır. Bu noktada hemşirenin hastaya zaman ayırması ve soru sorabileceği bir ortam yaratarak, korku ve endişelerini ifade etmesini sağlaması hastaya yardımcı olacaktır. Ruhsal inanışlarında korku ve kaygı düzeyleri arasında önemli rol oynar. Hastanın dini eğilimleri ve ruhsal inanışları da ilaçlar kadar tedavide etkili olabilir. Hastanın inançlarına saygı göstermeli ve desteklenmelidir ^(23, 85).

Operasyona ilişkin yeteli bilgilendirilmiş, ameliyata yönelik iyi yönde beklentileri olan, uyumlu tutum sergileyen, ameliyat öncesi kaygı düzeyi düşük olan hastalar ameliyat sonrası uyum sağlamada daha olumludur. Ameliyat öncesi kaygı düzeyi yüksek olan hastalar gibi, kaygısız, ilgisiz görünen hastalar da psikiyatrik olarak riskli bireylerdir. Cerrahi prognozu etkileyebilecek faktörler, hastanın bilgilendirildikten sonra ameliyat için onayının alınması ve hastanın eğitimidir ⁽⁸⁵⁾.

2.7.Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Kaygı ve Hemşirelik Yaklaşımları

2.7.1. Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Kaygı Nedenleri Ve Hasta Üzerinde Yarattığı Etkiler

Katarakt operasyonu planlanan hastalar ameliyat sonrası görme fonksiyonunu yitirme olasılığı, ameliyat sonrası ağrı yaşayacağı korkusu, günlük aktivitelerini yerine getiremeyeceğine, aile içi rol ve görevlerini yerine getiremeyeceği ve çalıştığı mesleği eskisi gibi icra edemeyeceği hususunda, yaşlı hastalar görme duyularının kaybı ile düşme riskine bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkileneceğine ilişkin kaygı yaşamaktadırlar. Bu nedenle göz ameliyatından önce, hastanın psikolojik hazırlığı çok önemlidir. Ameliyat öncesi bilgilendirme ve psikolojik hazırlık; kaygı düzeyini en aza indirmeye, ameliyatta daha az anestetik madde kullanımına, stres hormonlarının daha az salınmasına, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburculuğa yardımcı olur⁽²³⁾.

Cerrahi süreci bekleyen hastaların, iyileşme sürecine etki eden birçok olumsuz durumları da beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde ameliyat öncesi kaygı düzeyi yüksek olan hastaların ameliyat sırasında tansiyon değerlerinin yüksek olduğu, kaygı düzeyi arttıkça anestetik madde kullanımının arttıracağını ve anestetik madde kullanımı arttıkça anesteziye bağlı komplikasyonlar geliştiği saptanmıştır⁽²⁹⁻³¹⁾. Kaygı ameliyat sonrası ağrı ve ağrı kesici kullanımını arttırmakla beraber ağrıya dayanıklılığı azaltmakta olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir⁽³²⁾. Ameliyat öncesi kaygının aktif yaşama geç döndüklerini ve öz bakımlarını yerine getirmede ihmal ettiklerinde yine çalışmalarda mevcuttur^(30,33).

2.7.2. Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Kaygı Kontrolünü Sağlamada Hemşirenin Rolü

Katarakt operasyonu planlanan hastaların kaygı kontrollerini sağlamada hemşireler büyük rol oynamaktadır. Bilgilendirmenin açıklayıcı ve anlaşılır şekilde yapılması, ameliyatın nasıl olacağı ve ameliyathane hakkında bilgi verilmesi, ameliyat sonrası operasyon geçirecek gözün kapalı olacağı, görmenin bir süre olmayacağı ve zamanla düzeleceği, tedavisi ile ilgili ilaçların kullanımının anlatılmasında ve yapılan

her uygulamanın tek tek açıklanması hastanın kaygı düzeylerini azaltmasında önemli işlev görmektedir ⁽²³⁾. Bilgilendirme ve eğitimin yanı sıra tamamlayıcı ve alternatif bakımın da kaygıyı kontrol etmede etkisi olduğu bilinmektedir ⁽⁸⁶⁾.

2.7.3. Katarakt Operasyonu Planlanan Hastalarda Kaygıyı Kontrol Etmek için Uygulanabilecek Tamamlayıcı ve Alternatif Yöntemlerde Hemşirelik Yaklaşımları

Tamamlayıcı terapiler, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için modern tıp ile beraber uygulanacak yaklaşımların bütünüdür. Amerikan Kanser Birliği ve Ulusal Kanser Enstitüsü tamamlayıcı terapileri, modern tıp ile birlikte kullanılan terapiler olarak tanımlamaktadır ⁽⁸⁷⁾. Tamamlayıcı terapilerin Avrupa’da ve ülkemizde kullanımı oldukça yaygındır ve giderek artmaktadır. Tıp alanındaki gelişmelerle beraber bilimsel bilgilerin artması ile hemşirelerin rol ve sorumlulukları da gelişerek değişme uğramıştır. Bu sebeple hemşirelerin tamamlayıcı terapileri doğru yönde, doğru hastaya uygulamaları geliştirmeleri ve etkin şekilde kullanmaları ve yönlendirmeleri beklenmektedir ⁽⁸⁶⁾. Yapılan literatür çalışmalarında tamamlayıcı terapilerin hemşirelik girişimi olarak uygulanabileceği görülmektedir. Tanımlayıcı terapiler hemşirelik girişimi olması ile beraber bilgi ve becerilerine dayanarak problem çözme yeteneğine sahip hemşirelerin bağımsız rollerini oluşturur. Aynı zamanda hemşirelerin kendi günlük hayatlarında veya hasta/sağlıklı kişilerde bu terapileri uyguladıkları doğrultusunda çalışmalar bulunmamaktadır ^(86, 88).

Tamamlayıcı Terapilerin Yararları

- Hasta ve hemşire arasında olumlu ilişki sağlar ve etkisini artırır
- Bütüncül bir yaklaşım sağlar
- Hastalıkları önler, öz bakımı artırır ve bireyi güçlendirir
- Bireyselleşmiş sağlık bakımı ve tedavi sağlar
- Tıbbi ve cerrahi tedavinin neden olduğu yan etkileri azaltır
- Psiko-emosyonel endişeleri azaltır
- Yaşam kalitesini, genel iyilik halini ve bakımdan memnuniyeti artırır ⁽⁸⁷⁾.

Gevşeme Teknikleri

Gevşeme vücudu rahatlatan, zihinsel olarak aktif bir süreçtir. Gevşeme, kaygıyı ve kasların gerginliğinin göreceli olarak giderilmesidir. Gevşeme ile oksijen tüketimi, kas tonüsü, kalp ve solunum hızının azalması, kan basıncının düşmesi ve deri direncinin artması sağlanmaya çalışılır. Gevşeme için kullanılan yöntem çeşitleri farklıdır. Bunlar; nefes egzersizleri, progresif kas gevşemesi, hayal kurma (imajinasyon), meditasyon, hipnoz, yoga, biyolojik geri bildirim gibi çeşitli tekniklerle gevşeme egzersizleri uygulanarak ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyinin azalmasına, tansiyonun düşürülmesinde, kas gerginliğinin azaltılmasında, ağrının azaltılmasında tedaviye yardımcı olmaktadır ⁽⁸⁷⁾.

Masaj

Vücudun kas, cilt ve yumuşak dokularına elle veya alet yardımıyla uyarı verilmesidir. Masaj ile ciltte bulunan çevresel reseptörler uyarılmakta ve uyarılar, spinal kord yolu ile beyne ulaşmaktadır. Kaslarda geriliminin azaltılması, rahatlamının sağlanması, kaygı düzeyini azaltılması, iyilik hissini artırılması, bakımda memnuniyetin artırılması ve damarlarda dilatasyon ile kan dolaşımını uyarmak amacı ile yapılmaktadır. Masajın, duygusal ve psikolojik açıdan çok sayıda faydası bulunmaktadır. Bununla beraber fazlaca hastalığın tedavi yönteminde tamamlayıcı olarak kullanılır. Masaj teknikleri uygulama sırasında ellerin aldığı biçimler, hareketin gelişimi ve oluşan etkiler yönünden öfloraj (sıvazlama), petrisaj (yoğurma), friksiyon (dairese ovma), tapotman (vurma) ve vibrasyon (titreştirme) olarak 5'e ayrılır. Genel vücut masajı 45-60 dk., yüz masajı 5-10 dk., üst ekstremité masajı 10-15 dk. ve alt ekstremité masajı 15-20 dk olmak üzere vücut bölgesine göre değişim göstermektedir ^(87, 89-91).

Refleksoloji

Ayaklara uygulanan özel ovma hareketleriyle fiziksel, duygusal, ruhsal ve mental olarak öngören ve bütünsel (holistik) yaklaşımla vücudun belli bölgelerinde bloke olmuş enerjiyi çözerek, bedenin kendi kendisini iyileştirme gücünü harekete geçirerek tamamlayıcı tedavi sunan uygulamadır. Özel el ve parmak teknikleriyle tüm organlara ve endokrin bezlere karşılık gelen el, ayak ve kulaklardaki refleks noktalarına uygulanan baskı tekniğidir. Genel faydaları, fizyolojik, sinirsel ve stresin

azaltılmasına yöneliktir. Refleksoloji uygulanan kişinin boyun, bel ve dizleri desteklenecek şekilde yarı oturur pozisyonda ve ayaklara yapılacaksa ayaklar uygulayıcının göğüs hizasında olmalıdır. Refleksoloji 10 dakikadan 45 dakikaya varan sürelerde uygulanır. Refleksoloji uygulaması öncesi hazırlık-gevşetme (Relaksasyon) tekniklerinin uygulanması gerekmektedir. Uygulama süreleri hastalığa ve semptoma göre değişiklik gösterir. Her bir refleks noktasına 7-15 saniye basınç uygulanır. Basınç şiddeti kişinin fiziki yapısı, yaşı ve o andaki sağlık durumu göz önünde bulundurulacak şekilde ayarlanır ^(87, 89, 91, 92).

Aromaterapi

Otlar, çiçekler ve bitkilerden damıtma ya da soğuk presleme yöntemiyle elde edilen esansiyel yağların, iyileştirici amaçlı kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Bu yağlar deri üzerine masaj yağları olarak, sıcak veya soğuk kompres, ortsını kokulandırılması, banyo uygulaması veya burun deliklerinin altına yerleştirilen yağlı tülbentten solunum yolu ile uygulanır. Aromaterapide en çok kullanılan esansiyel yağlar avokado, buğday, kabak çekirdeği, ceviz, çuha çiçeği, fındık, hindistan cevizi, jojoba, zeytin, keten, şeftali çekirdeği, tatlı badem, susam, üzüm çekirdeği, soya ve kayısı çekirdeğidir ^(86, 87, 89, 91).

Katarakt operasyonu planlanan ve kaygı düzeyleri yüksek olan hastalara tamamlayıcı terapiler uygulanabilir. Simmons ve diğ. ⁽⁹³⁾ katarakt operasyonu sırasında oyalama tekniklerinin kaygı düzeylerinde önemli derecede azalma olduğunu saptamışlardır. Cruise ve diğ. ⁽⁹⁴⁾ yaptıkları çalışmalarda ameliyat öncesi ve sonrası yaşlı hastalara 15 dk. Rastgele müzik dinletmişlerdir. Bu çalışmada müziğin kaygı düzeylerini azalttığını ve memnuniyeti arttırdığını saptamışlardır. Agard ve diğ. ⁽⁹⁵⁾ ise katarakt operasyonu planlanan bakımı iyileştirmek ve yaşlı hastaların premedikasyonunu azaltmak için gevşeme hipnozu yöntemini kullanmışlardır. Hasta, anestezi uzmanı ve cerrah için sonuçların olumlu olduğunu ve hastaların bu yöntem ile evlerine rahatça taburcu edildiğini gözlemlemişlerdir. Tamamlayıcı terapiler hemşirelerin ameliyat öncesi değerlendirme sırasında hastanın korkularını, endişelerini, kaygı düzeylerini azaltmada ve bakım kalitesini en üst düzeye çıkarmada yardımcı olmaktadır ⁽²³⁾.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma katarakt operasyonu planlanan hastaların kaygı düzeyini belirlemek amacıyla yapılmış olup tanımlayıcı-kesitsel çalışmadır.

3.2. Araştırma Soruları

1. Hastaların demografik özelliklerine göre (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence, ekonomik durum) kaygı düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
2. Katarakt operasyonu planlanan hastaların STAI-durumluluk ve STAI-süreklilik ölçeklerinden almış oldukları puan ortalamaları nedir?
3. Hastaların sağlık/hastalık ve operasyon özelliklerine göre kaygı düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, birden fazla şubesi bulunan özel bir göz hastanesinin tek şubesine Ekim 2016-Mart 2017 tarihlerinde başvurmuş, katarakt tanısı almış ve opere olacak hastalar oluşturdu. Çalışmanın yapıldığı hastanede yılda yaklaşık 480 katarakt operasyonu yapılmaktadır. Hastane il içi ve il dışından gelen, genel sağlık sigortası ya da özel sağlık sigortası olan tüm hastalara hizmet vermektedir.

Araştırma için gerekli hasta sayısının belirlenmesinde örneklem hesabı yapılmıştır. Literatürde katarakt üzerine yapılan çalışmaların sonuçları baz alındığında, %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %15'lik katarakt prevalansı için gereken minimum örneklem sayısı 196 bulunmuştur. Bu araştırma ise toplam 211 hasta ile tamamlanmıştır. Örneklem hesabı EpiInfo programı ile bilgisayar ortamında yapılmıştır.

3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya katılan 211 hastanın katılımında aşağıdaki kriterler göz önünde bulundurularak araştırma verileri toplanmıştır.

3.4.1. Çalışma için Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. İletişim ve algılama sorunu olmayan
2. Psikiyatrik bir hastalık tanısı olmayan
3. 18 yaş ve üstü olan
4. Katarakt dışında görme problemine neden olabilecek herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan
5. Çalışmaya katılmayı kabul eden
6. Katarakt ameliyatı olan kişiler çalışmaya dahil edildi.

3.4.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. İletişim veya algılama sorunu olan
2. Psikiyatrik bir hastalık tanısı olan
3. 18 yaş altı olan
4. Katarakt dışında görme problemine neden olabilecek herhangi bir sağlık sorunu bulunan
5. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5.Bağımlı- Bağımsız Değişkenler

Bu çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıdaki gibidir.

3.5.1. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek grupları, gelir durumu, sigara kullanma durumu, kronik hastalık durumu, sürekli kullanılan ilaç varlığı, katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumu, katarakt bilgi alınan kaynak, ameliyat hakkında alınan bilginin yeterliliği, daha önce katarakt ameliyatı olma durumu, ailesinden birinin katarakt operasyonu olma durumu, katarakt şikayetinin süresi, daha önce cerrahi bir deneyimi ve operasyona ilişkin kaygı yaşama durumudur

3.5.2. Bağımlı Değişkenler

STAI durumluk ve süreklilik kaygı ölçeği puanlarıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Hastalardaki kaygı düzeyinin belirlenmesi için “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” kullanılmıştır. Genel olarak hasta bilgilerini tanılamak amacıyla “Bilgi Formu” kullanılmıştır.

3.6.1. Bilgi Formu

Hastalara sorulacak olan sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, ekonomik durumu) sorgulayan 7 soru, sağlık/hastalık özelliklerine ilişkin (sigara kullanımı, mevcut kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, önceki cerrahi deneyimleri, katarakt hakkında bilgi sahibi olma, bilgi edinme kaynağı, daha önceden katarakt operasyonu geçirme, ailede katarakt operasyonu geçiren bireyin varlığı, katarakt operasyonu hakkında aldığı bilgi yeterli bulma düzeyi ve katarakt hastalığının ne kadar süredir var olduğu) sorgulayan 10 soru, kaygıya yönelik (operasyona yönelik kaygı yaşama durumu) sorgulayan 1 soru bulunmaktadır. Sorular literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlandı. Formda toplamda 18 adet soru bulunmaktadır (Bkz. EK-2).

3.6.2. Spielberg Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri

Durumluk ve sürekli kaygı envanteri (STAI); 14 yaşından yukarısı olan gençler ve yetişkinlerde kaygıyı saptamak ve önleyebilmek için geliştirilen bir değerlendirme anketidir ^(82, 96). Spielberger ve diğ. tarafından “durumluk” ve “sürekli kaygı” seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından gerçekleştirilmiştir ⁽⁸²⁾.

Hastanın kaygı düzeyini ölçmek için kullanılan kaygı envanteri 40 sorudan oluşan oluşmaktadır. Ölçekte dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, Hiç (1), Biraz (2), Çok (3), Tamamıyla (4) şeklindedir. Durumluk ölçeğinde 10 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bunlar; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Kaygı düzeyi değerlendirilirken doğrudan veya tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları hesaplanmış, doğrudan ifadelerin toplam puanından, ters ifadelerin toplam puanları çıkartılmıştır. Bulunan değere durumluk kaygı ölçeği için önceden saptanmış ve değişmeyen 50 sabit değeri, süreklilik kaygı

ölçeği için ise 35 sabit değeri eklenerek her hastanın durumluk ve süreklilik kaygı puanı hesaplanmıştır ^(96, 97). (Bkz. EK-3)

3.7. Veri Analizi

Tanımlayıcı veriler ortalama \pm standart sapma, sayı ve (%) değerlerinden uygun olan ile sunulmuştur. Verilerin dağılımı Kolmogrov-Smirnov testleri ile incelenmiştir. Sürekli veriler T testi ve Tek Yönlü ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. ANOVA testi kullanılan çok gözlü tablolarda istatistiksel anlamlılığın kaynağını bulmak için post-hoc analizler, Tukey'in ikili karşılaştırma testi yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Verilerin analizi IBM © SPSS 20 programı aracılığı ile gerçekleştirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için gerekli etik izin Maltepe Üniversitesi Etik kurulundan alınmıştır (Tarih: 26.06.2016) (Bkz. EK-4). Ayrıca çalışmanın yapılacağı sağlık kuruluşundan da gerekli izinler alınmıştır. (Bkz. EK-5)

3.9. Araştırma Sınırlılıkları

Tek bir sağlık kuruluşundan alınmış verilerdir. Katarakt operasyonu planlanan hastalara 1-2 saat öncesinde anketler uygulanmıştır. Araştırmaya plan dışı, acil operasyon olan (travmatik katarakt gibi...) hastalar dahil edilmemiştir. Bu durumun araştırmamızın sınırlılıklarından biri olduğu düşünülebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın bulgular kısmı yer almaktadır. Bu bölümde bulgular aşağıdaki gibi sıralanmıştır;

1. Sosyo-demografik ve sağlık/hastalık özelliklerine göre dağılım
 - 1.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre dağılım
 - 1.2. Hastaların sağlık/hastalık özelliklerine göre dağılım
2. Sosyo-demografik ve sağlık/hastalık özelliklerine göre STAI durumluk ve süreklilik ölçek puanlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması
 - 2.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre STAI durumluk ve süreklilik ölçek puanlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması
 - 2.2. Hastaların sağlık/hastalık özelliklerine göre STAI durumluk ve süreklilik ölçek puanlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

4.1. Sosyo-Demografik ve Sağlık Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışmamız toplamda 102 kadın ve 109 erkek olmak üzere toplam 211 hasta ile tamamlanmıştır.

4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma grubunun yaş dağılımları incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun (%60.7) 60 yaş üzerinde olduğu bulundu. Çalışmaya katılan hastaların medeni durumu incelendiğinde en sık gözlenen medeni durum evli olma durumudur (%75.4). Çalışmaya katılan bireylerde en sık gözlenen öğrenim durumu lise seviyesi eğitim düzeyidir (%37.9). Çalışma durumu incelendiğinde en sık gözlenen iş grubu emekliliktir (%42.7) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sosyo-demografik özellikleri

		n	%
Yaş	40 yaş ve altı	11	5.2
	41-60 yaş	72	34.1
	61 yaş ve üzeri	128	60.7
Cinsiyet	Kadın	102	48.3
	Erkek	109	51.7
Medeni durum	Evli	159	75.4
	Bekar	52	24.6
Eğitim düzeyi	İlkokul	50	23.7
	Ortaokul	19	9.0
	Lise	80	37.9
	Üniversite	62	29.4
Meslek grupları	Memur	35	16.6
	İşçi	13	6.2
	Çalışmıyor	73	34.6
	Emekli	90	42.7
Sosyal güvence türü	SGK	173	82.0
	Özel sigorta	23	10.9
	Ücretli muayene	15	7.1
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	22	10.4
	Gelirim giderime eşit	150	71.1
	Gelirim giderimden fazla	39	18.5
Sigara kullanma durumu	Evet	89	42.2
	Hayır	122	57.8

*Sürekli verilerde sayı ve yüzde yerine ortalama ve standart sapma gösterilmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların sosyal güvence durumları incelendiğinde hastaların büyük bir bölümü Sosyal güvenlik kurumuna bağlıdır (%82.0). Gelir durumları incelendiğinde geliri giderine eşit olan grup daha en yüksek orana sahip olan gruptur (%71.1). Çalışmaya katılan hastaların %42.2'si sigara kullanmaktadır (Tablo 4.1).

4.1.2. Hastaların Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4.2. Betimsel istatistik sonucu

	Kolmogorov-Smirnov testi		
	İstatistik	df	p
STAI durumluk	0.058	211	0.098
STAI süreklilik	0.055	211	0.200

Kolmogorov-smirnov testi sonucunda p değeri 0.05'ten büyük olduğu için dağılımın normal olduğuna karar verilerek tüm istatistiksel analizlerde parametrik testler kullanılmıştır (Tablo 4.2).

Çalışmaya katılan hastaların %57.8'i kronik bir hastalığı bulunmadığını, %56.4'ü sürekli ilaç kullandığını, %98.1'i kendine katarakt hakkında bilgi verildiğini, %87'si kendisini bilgilendirenin doktor olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %74.9'u ameliyat hakkında aldığı bilgiyi yeterli bulmakla birlikte, %63'ü daha önce katarakt ameliyatı olmadığını belirtmiş, %53.1'i ailesinden birinin katarakt operasyonu olduğunu belirtmiştir. Hastaların %64.9'ünün daha önceden cerrahi deneyimi bulunmakta olup, operasyona ilişkin kaygı yaşayanlar tüm hasta grubunun %72.0'sini oluşturmaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sağlık-hastalık ve operasyon özellikleri

		n	%
Kronik hastalık durumu	Var	122	57.8
	Yok	89	42.2
Sürekli kullanılan ilaç varlığı	Var	119	56.4
	Yok	92	43.6
Katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	207	98.1
	Hayır	4	1.9
Katarakt bilgi alınan kaynak	Kitle iletişim araçlarından	13	6.3
	Doktor	180	87.0
	Hemşire	14	6.8
Ameliyat hakkında alınan bilginin yeterliliği	Yeterli	158	74.9
	Yetersiz	12	5.7
	Kısmen	41	19.4
Daha önce katarakt ameliyatı olma durumu	Evet	78	37.0
	Hayır	133	63.0
Ailesinden birinin katarakt operasyonu olma durumu	Evet	112	53.1
	Hayır	99	46.9
Katarakt şikayetinin süresi	0-6 ay	14	6.6
	6 ay- 1 yıl	45	21.3
	1-5 yıl	87	41.2
	5 yıldan önce	65	30.8
Daha önce cerrahi bir deneyimi	Evet	137	64.9
	Hayır	74	35.1
Operasyona ilişkin kaygı yaşama durumu	Evet	152	72.0
	Hayır	59	28.0

4.2.Sosyo-Demografik ve Sağlık Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk Ve Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

4.2.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre STAI Durumluk Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

STAI-durumluk ölçek puanları araştırma değişkenlerine göre incelendiğinde; yaş gruplarına ve meslek gruplarına göre ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Yapılan post-hoc analizlerde istatistiksel anlamlılığın yaş grupları için 60 yaş üzeri gruptan geldiği bulundu. 60 yaş üzeri hastalarda ölçek puanları daha genç hasta gruplarından daha düşük bulundu. Post-hoc analizlerde istatistiksel anlamlılığın meslek için emekli grubundan geldiği bulundu. Emekli hastalarda ölçek puanları memur ve çalışmayan hasta gruplarından daha düşük bulundu. Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvence türü, gelir durumu ve sigara kullanımı ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre STAI Durumluk ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması

		STAI Durumluk ölçek puanları	P
		$\bar{x} \pm SS$	
Tüm çalışma grubu		52.00 \pm 9.75	
Cinsiyet	Kadın	53.18 \pm 9.41	0.089 ^a
	Erkek	50.89 \pm 9.96	
Yaş	40 yaş ve altı	55.09 \pm 8.55	0,038^b
	41-60 yaş	53.94 \pm 9.48	
	61 yaş ve üzeri	50.63 \pm 9.81	
Medeni durum	Evli	51.55 \pm 10.02	0.251 ^a
	Bekar	53.35 \pm 8.82	
Eğitim düzeyi	İlkokul	52.26 \pm 10.54	0.790 ^b
	Ortaokul	51.32 \pm 11.81	
	Lise	51.30 \pm 8.71	
	Üniversite	52.89 \pm 9.83	
Meslek grupları	Memur	54.74 \pm 7.48	0.001^b
	İşçi	47.46 \pm 11.20	
	Çalışmıyor	54.62 \pm 9.24	
	Emekli	49.46 \pm 9.94	
Sosyal güvence türü	SGK	51.86 \pm 9.83	0.757 ^b
	Özel sigorta	53.39 \pm 9.72	
	Ücretli muayene	51.40 \pm 9.19	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	51.23 \pm 10.09	0.421 ^b
	Gelirim giderime eşit	52.54 \pm 9.79	
	Gelirim giderimden fazla	50.33 \pm 9.43	
Sigara kullanma durumu	Evet	52.07 \pm 9.54	0.927 ^a
	Hayır	51.94 \pm 9.94	

\bar{X} : ortalama. SS: standart sapma. ^a Bağımsız gruplarda T testi. ^b Tek yönlü ANOVA testi

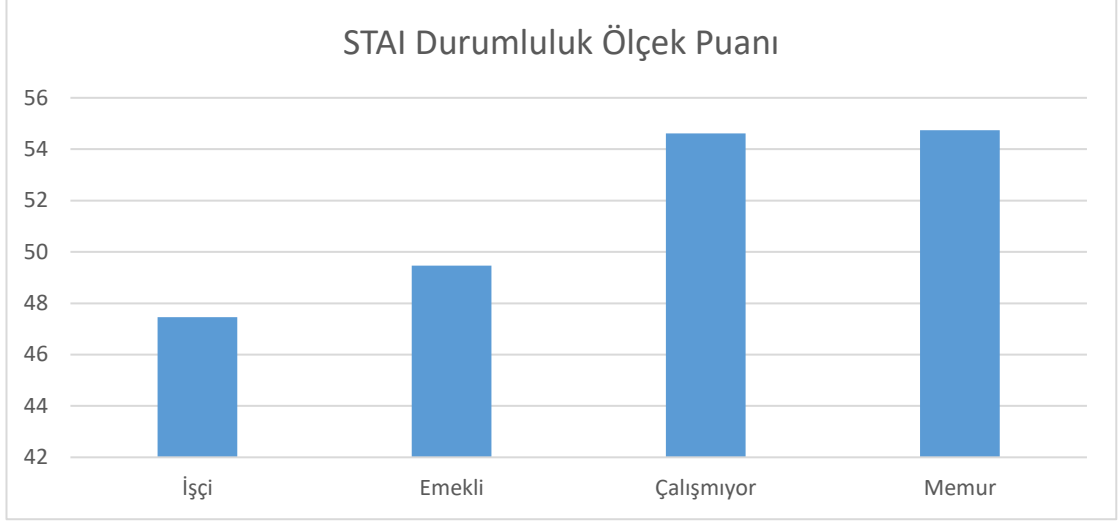
4.2.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre STAI Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

STAI-süreklilik ölçek puanları araştırma değişkenlerine göre incelendiğinde; cinsiyet göre ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p:0.043). Kadın hastaların ölçek puanları erkek hastalara göre yüksek bulundu. 60 yaş üzeri hastalarda kaygı düzeyleri 60 yaş ve altı hastalara göre daha yüksek bulundu. Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek grupları, sosyal güvence türü, gelir durumu ve sigara kullanım durumu ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.5).

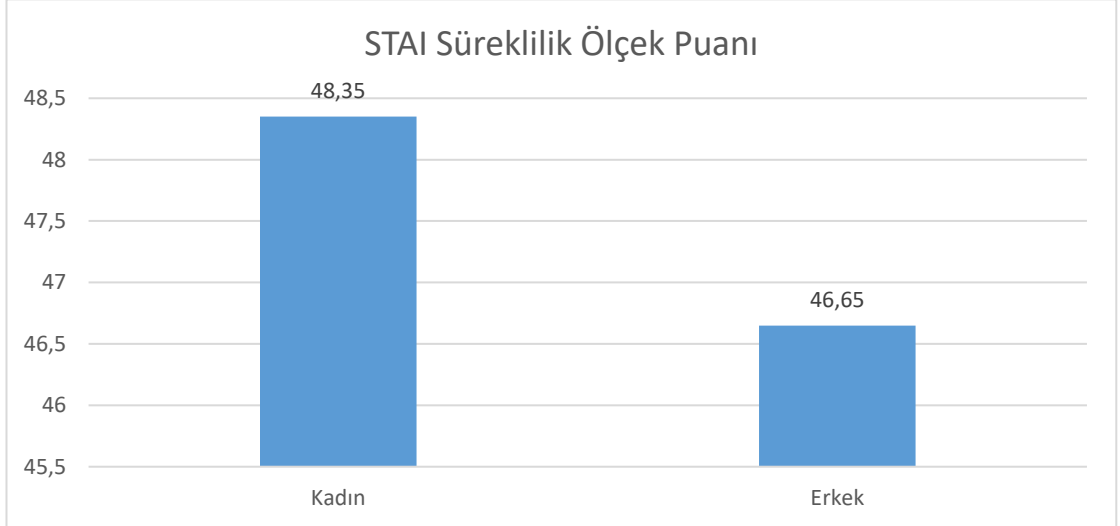
Tablo 4.5. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre STAI Süreklilik ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması

		STAI Süreklilik ölçek puanları	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Tüm çalışma grubu		47.47± 6.11	
Cinsiyet	Kadın	48.35± 6.19	0.043^a
	Erkek	46.65± 5.94	
Yas	40 yaş ve altı	48.64± 7.13	0,281 ^b
	41-60 yaş	48.25± 5.78	
	61 yaş ve üzeri	46.94± 6.18	
Medeni durum	Evli	47.41± 6.01	0.787 ^a
	Bekar	47.67± 6.46	
Eğitim düzeyi	İlkokul	48.12± 7.24	0.647 ^b
	Ortaokul	47.53± 7.21	
	Lise	46.81± 5.29	
	Üniversite	47.79± 5.80	
Meslek grupları	Memur	47.69± 6.20	0.127 ^b
	İşçi	49.15± 4.90	
	Çalışmıyor	48.42± 6.71	
	Emekli	46.38± 5.59	
	Ailesi ile birlikte	47.61± 6.09	
Sosyal güvence türü	SGK	47.48± 6.00	0.579 ^b
	Özel sigorta	46.61± 6.53	
	Ücretli muayene	48.73± 6.86	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	47.82± 5.32	0.669 ^b
	Gelirim giderime eşit	47.24± 5.91	
	Gelirim giderimden fazla	48.18± 7.26	
Sigara kullanma durumu	Evet	47.33± 6.08	0.764 ^a
	Hayır	47.58± 6.15	

\bar{x} : ortalama. SS: standart sapma. ^a Bağımsız gruplarda T testi. ^b Tek yönlü ANOVA testi



Şekil 4.1. Mesleğe göre STAI durumluk ölçek puanı ($p<0.05$)



Şekil 4.2. Cinsiyete göre STAI Süreklilik ölçek puanı ($p<0.05$)

4.2.3. Hastaların Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluluk Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

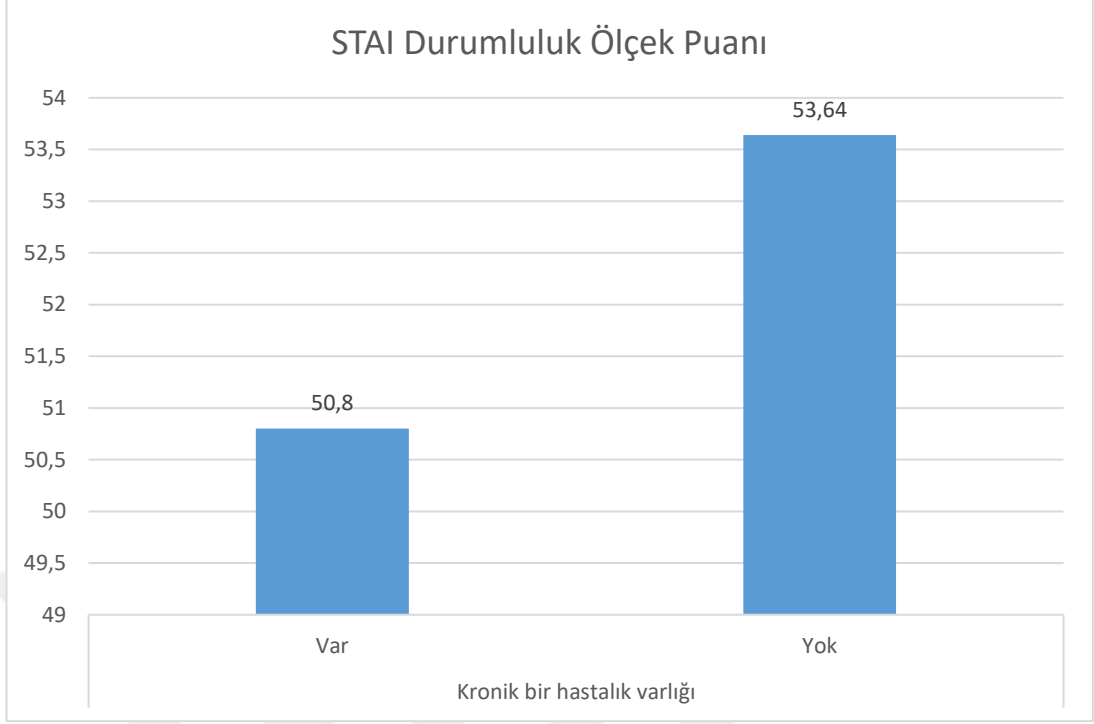
Çalışmamızda kronik bir hastalığı bulunmayan hastalarda durumluk ölçek puanları kronik hastalığı bulunan hastalardan daha yüksek bulundu ($p: 0.036$). Operasyona ilişkin kaygı yaşadığını bildiren hastaların ölçek puanları kaygı yaşamadığını bildiren hastalardan daha yüksek bulundu ($p<0.001$). Kronik hastalık türü, sürekli kullanılan ilaç varlığı, katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumu, katarakt hakkında bilgi alınan yer, ameliyat hakkında alınan bilgiyi yeterli bulma durumu, daha önce katarakt ameliyatı olma durumu, ailede katarakt ameliyatı olan

kimsenin varlığı, katarakt şikayetinin var olma süresi ve önceki cerrahi deneyimi ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sağlık-hastalık ve operasyon özelliklerine göre STAI-Durumluk ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması

		STAI Durumluk ölçek puanları	P
		$\bar{x} \pm SS$	
Kronik bir hastalık varlığı	Var	50.80± 10.18	0.036 ^a
	Yok	53.64± 8.92	
Kronik hastalık türü	Diyabet	50.17± 12.73	0.136 ^b
	Hipertansiyon	49.00± 9.83	
	Diyabet ve hipertansiyon	51.65± 11.32	
	Hipertroid	57.70± 5.23	
	Diğer	47.00± 7.54	
Sürekli kullanılan ilaç varlığı	Var	51.09± 10.10	0.126 ^a
	Yok	53.16± 9.19	
Katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	52.13± 9.65	0.148 ^a
	Hayır	45.00± 13.93	
Katarakt bilgi alınan kaynak	Kitle iletişim araçlarından	53.23± 9.76	0.803 ^b
	Doktor	52.16± 9.85	
	Hemşire	50.79± 6.83	
Ameliyat hakkında alınan bilginin yeterliliği	Yeterli	51.11± 10.31	0.058 ^b
	Yetersiz	53.00± 4.51	
	Kısmen	55.12± 7.92	
Daha önce katarakt ameliyatı olma durumu	Evet	52.45± 10.82	0.622 ^a
	Hayır	51.73± 9.09	
Ailesinden birinin katarakt operasyonu olma durumu	Evet	52.15± 10.06	0.805 ^a
	Hayır	51.82± 9.43	
Katarakt şikayetinin süresi	0-6 ay	51.21± 12.25	0.503 ^b
	6 ay- 1 yıl	50.76± 9.58	
	1-5 yıl	53.20± 9.72	
	5 yıldan önce	51.42± 9.37	
Daha önce cerrahi bir deneyimi	Evet	51.51± 10.06	0.327 ^a
	Hayır	52.89± 9.13	
Operasyona ilişkin kaygı yaşama durumu	Evet	55.16± 7.72	<0.001 ^a
	Hayır	43.85± 9.75	

\bar{x} : ortalama, SS: standart sapma, SG:Sağlık görevlileri ^a Bağımsız gruplarda T testi, ^b Tek yönlü ANOVA testi



Şekil 4.3. Kronik hastalık varlığına göre STAI Durumluluk ölçek puanları

4.2.4. Hastaların Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluluk Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Katarakt şikayetinin var olma süresi ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Yapılan post-hoc analizlerde istatistiksel anlamlılığın 0-6 ay süre grubundan geldiği bulundu. Ölçek puanları, şikayet süresi 0-6 ay olan hastalarda, 1-5 yıl ve 5 yıldan daha uzun süreye sahip olan hastalardan daha düşük bulundu (p: 0.023). Operasyona ilişkin kaygı yaşadığını bildiren hastaların ölçek puanları kaygı yaşamadığını bildiren hastalardan daha yüksek bulundu (p: 0.006). Kronik hastalık varlığı, kronik hastalık türü, sürekli kullanılan ilaç varlığı, katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumu, katarakt hakkında bilgi alınan yer, ameliyat hakkında alınan bilgiyi yeterli bulma durumu, daha önce katarakt ameliyatı olma durumu, ailede katarakt ameliyatı olan kimsenin varlığı ve önceki cerrahi deneyimi ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katarakt operasyonu planlanan hastaların sağlık-hastalık ve operasyon özelliklerine göre STAI-Süreklilik ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması

		STAI Süreklilik ölçek puanları	P
		$\bar{x} \pm SS$	
Kronik bir hastalık varlığı	Var	46.89± 6.38	0.101 ^a
	Yok	48.28± 5.64	
Kronik hastalık türü	Diyabet	44.04± 7.01	0.193 ^b
	Hipertansiyon	46.57± 4.76	
	Diyabet ve hipertansiyon	48.60± 7.38	
	Hipertroid	46.70± 6.68	
	Diğer	47.92± 7.65	
Sürekli kullanılan ilaç varlığı	Var	46.92± 6.39	0.137 ^a
	Yok	48.18± 5.68	
Katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	47.54± 6.09	0.252 ^a
	Hayır	44.00± 6.88	
Katarakt bilgi alınan kaynak	Kitle iletişim araçlarından	47.15± 6.83	0.956 ^b
	Doktor	47.54± 6.10	
	Hemşire	47.86± 5.63	
Ameliyat hakkında alınan bilginin yeterliliği	Yeterli	46.96± 6.19	0.100 ^b
	Yetersiz	49.42± 4.23	
	Kısmen	48.90± 6.02	
Daha önce katarakt ameliyatı olma durumu	Evet	48.09± 6.53	0.263 ^a
	Hayır	47.11± 5.84	
Ailesinden birinin katarakt operasyonu olma durumu	Evet	47.82± 6.10	0.380 ^a
	Hayır	47.08± 6.12	
Katarakt şikayetinin süresi	0-6 ay	43.71± 5.28	0.023 ^b
	6 ay- 1 yıl	46.20± 6.04	
	1-5 yıl	48.17± 6.73	
	5 yıldan önce	48.23± 5.02	
Daha önce cerrahi bir deneyimi	Evet	47.74± 6.21	0.395 ^a
	Hayır	46.99± 5.93	
Operasyona ilişkin kaygı yaşama durumu	Evet	48.18± 5.71	0.006 ^a
	Hayır	45.64± 6.73	

\bar{X} : ortalama, SS: standart sapma, SG:Sağlık görevlileri ^a Bağımsız gruplarda T testi, ^b Tek yönlü ANOVA testi

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, katarakt operasyonu olacak hastaların kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş ve elde edilen bulguların uygun hemşirelik bakımını geliştirmede yol gösterici olacak önerilerin saptanması amacıyla gerçekleştirildi. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki gibi alt başlıklar halinde tartışılmıştır;

1. Sosyo-Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması
 - 1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması
 - 1.2. Hastaların Sağlık\Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması
2. Sosyo-Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk-Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Tartışılması
 - 2.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre STAI Durumluk ve Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Tartışılması
 - 2.2. Hastaların Sağlık\Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk ve Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Tartışılması

5.1. Sosyo-Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması

Bu bölümde katarakt operasyonu planlanan hastaların sosyo-demografik ve sağlık/hastalık özelliklerine göre elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmaktadır.

5.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması

Katarakt gelişimi çok sayıda risk faktöründen etkilenmektedir. Bunlardan birisi ise yaştır. Yaşlanma sonucunda lensin opaklaşması artar ve lensin uyum özelliği azalır. Bu durum sonucunda ışığı retinaya iletme ve uyum yapması zorlaşır. Congdon ve diğ.⁽⁹⁸⁾ ABD’de yetişkinlerde görme bozukluğunun nedenleri ve prevelansına dair yaptıkları çalışmada görme bozukluklarının veya düşük görmenin 60 yaşın üzerindeki yirmi sekiz Amerikalıdan birini etkilemektedir. Congdon ve diğ.⁽⁹⁹⁾ yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise 60 yaşın üzerindeki Amerikalıların yaklaşık 20.5 milyonunda (% 17.2) her iki gözünde de katarakt olduğu saptanmıştır. Abacıoğlu’nun⁽¹⁰⁰⁾ çalışması incelendiğinde katarakt operasyonu olacak 60 yaş üzeri hastaların fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise katarakt operasyonu planlanan 60 yaş üzeri hastaların sayısı 128 olup çalışma grubunun %60.7’ sini oluşturmaktadır. Çalışmalar sonucunda görülmektedir ki ilerleyen yaşlarda lensin opaklaşmasıyla birlikte görme bozulmakta ve katarakt operasyonu planlanan hastaların sayısı yaşa bağlı artış göstermektedir.

Bu çalışmada katarakt cerrahisi planlanan erkeklerin oranı (%51.7) kadınlardan (%48.3) daha yüksek bulundu. WHO ülkelerden veri toplayarak dünya geneline ait veri sunmaktadır. WHO katarakt cerrahisi hizmetleri kullanım raporuna göre (2009) erkeklerin katarakt cerrahisi geçirme oranları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırmada da çalışmaya alınan hasta dağılımının erkekler lehine hafif düzeyde daha fazla olması WHO raporundaki dağılım ile benzerlik göstermektedir⁽¹⁰¹⁾. Yılmaz ve diğ.⁽¹⁰²⁾ katarakt operasyonu esnasında terapötik dokunmanın kaygı ve hasta memnuniyetine etkisini inceledikleri çalışmada operasyon olacak erkek hastaların kadın hastalardan fazla olduğunu bulmuşlardır. Sonuç olarak bu çalışmanın bulguları literatür verileriyle uyumludur.

Abacıoğlu'nun ⁽¹⁰⁰⁾ yaptığı çalışmada katarakt operasyonu planlanan hastaların medeni durumları incelendiğinde evli olan grubun fazla olduğu saptanmıştır. Korkusuz'un ⁽¹⁰³⁾ yaptığı çalışmada da aynı şekilde evli grubun fazla olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise evli grubun oranı %75.4 bulundu.

Bu çalışmada katarakt operasyonu planlanan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde lise grubunun oranı %37.9 olup okumayan, ilkokul mezunu ve üniversite mezunu gruplarına oranla yüksek bulundu. Chatziralli ve diğ. ⁽¹⁰⁴⁾ katarakt operasyonu planlanan hastalardaki görmede bozulma ile ilgili yaşam kalitesinin üzerine etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda kataraktlı hastalarda görme ile ilişkili yaşam kalitesinin temel dayanağının eğitim düzeyi olduğunu, en sık görülen eğitim düzeyinin ise ilk okul mezunları olduğunu belirtmişlerdir. Farklı sonuçlara ulaşılmasının sebebi bu çalışmanın özel bir kurumda yapılması sebebi ile lise mezunu olan grup oluşturmuştur. Eğer bu çalışma farklı devlet kurumunda yapılsaydı sonuçlar daha farklı olabilirdi. Hastaneye gelen hasta profillerinden kaynaklı bu durumun farklılaştığı söylenebilir.

Bu çalışmada katarakt operasyonu planlanan hastaların sosyal güvence durumu incelendiğinde SGK' sını olan grup (%82.0) diğer sosyal güvence gruplarından fazla bulundu. SGK çatısı altında tüm sağlık kurumları birleştiği için beklenen bir durum olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada katarakt operasyonu planlanan hastaların gelir durumu; gelirim giderime eşit diyen grup (% 71.1) diğer gruplara göre daha yüksek saptandı. Korkusuz'un ⁽¹⁰³⁾ yapmış olduğu çalışma ile bu çalışma benzerlik göstermektedir. Bunun nedeni hastaların gelirini yeterli bulması, yetersiz geliyorsa da belirtmemesi olabilir. Bir diğer neden ise; çalışmanın yapılmış olduğu özel kurumda başvuran hastaların gelir durumlarının yeterli olduğu ve yetersiz olan grupların bu hastaneye daha düşük oranlarda başvurması olması olabilir.

Bu çalışmanın katarakt operasyonu planlanan hastaların meslek grupları incelendiğinde emekli grubunun oranı (% 42.7) diğer meslek gruplarından fazla bulundu. Jensen ve diğ. ⁽¹⁰⁵⁾ yaşlı bireylerin huzurevlerine girmeden önce göz muayenesine dair durumlarına yönelik yaptıkları çalışmada emekli hastaların görme bozukluklarının en sık nedeni olarak katarakt olarak saptamışlardır. Oliveira ve diğ.

(28) katarakt konusunda hastaların algılarını inceledikleri çalışmada emekli hastaların oranını (%53.6) diğer meslek gruplarından fazla bulmuştur. Benzer sonuçlar elde edilmiş olmasının sebebi, katarakt operasyonu olacak hastaların çoğunluğunun 60 yaş üzeri olması emekli grubun fazla bulunmasının bir sebebi olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada sigara kullanım oranları oldukça yüksek bulundu. Katarakt operasyonu planlanan hastaların %43.0'ü sigara kullandığını belirtmişti. Abacıoğlu (100) ve Korkusuz' un (103) yaptığı çalışmada sigara kullanmayan hastaların oranının kullananlara göre daha fazla bulunmuştur. Bu çalışma ile yapılan çalışmalar benzerlik göstermektedir. Sigara kullanımının katarakt oluşumunda etkili bir faktör olması sebebi ile bu sonuç ortaya çıkmış olabilir.

5.1.2. Hastaların Sağlık\Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması

Bu çalışmada kronik hastalık varlığı olan hastaların oranı çalışma grubunun %57.8'sini oluşturmaktadır. Kronik hastalıklarda artmış enflamatuvar sitokinler ve enflamasyon markerlerinin rol oynadığı bilinmektedir. Nitekim Klein ve diğ. (106), Yoo ve diğ (107) TNF a ve IL-6, Ig E gibi sitokinlerin ve dolaylı olarak kronik hastalıkların katarakt ile ilişkili olduğu göstermiştir. Ayrıca Lee ve diğ. (108) ile Park ve diğ. (109) çalışmalarında da kronik hastalıkları bulunan hastalarda katarakt gelişim riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir. Benzer sonuçlar elde edilmiş olması diyabet, romatizmal rahatsızlıklar gibi kronik hastalıkların katarakt gelişiminde erken ve hızlı şekilde etkilemesi ile açıklanabilir.

Bu çalışmada sürekli ilaç kullanımı bulunan hastaların oranı çalışma grubunun %56.4'ünü oluşturdu. Bu durum kronik hastalığı bulunan hasta grubunun oranının yüksek olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların %64.9'unun daha önceden geçirilmiş bir cerrahi öyküsü saptandı. Yılmaz ve diğ. (102) katarakt hastaları ile yaptığı çalışmada bu oran %53.6 bulunmuştur. Önceki cerrahi deneyimi oranlarımız sonuçlarımız bu çalışma ile benzer kabul edilebilecek düzeydedir.

Lau ve diğ. ⁽¹¹⁰⁾ Çin’de yaptıkları bir çalışmada hastaların katarakt hakkında bilgi düzeylerini ölçmüşlerdir ve çalışma sonucunda hastaların çoğunun hastalıkları hakkında sınırlı bilgiye sahip olduklarını saptamışlardır. Bu çalışmada ise katarakt operasyonu planlanan hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu %98.1 oranında bulunurken hastaların %74.9’u da verilen bilgiyi yeterli bulduğu görüldü. Hastaların bilgi kaynağı ise büyük oranda doktorlar olarak saptandı (%87.0). Korkusuz’ un ⁽¹⁰³⁾ yapmış olduğu yaptığı çalışmada da bilgi kaynağı büyük oranda doktorlar olup, hastalar alınan bilgilerin yeterli geldiğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada böyle bir sonucun çıkma gerekçesi kurum politikası gereği özellikle operasyonlar ve hastalık hakkında bilgilendirmenin doktorlar tarafından yapılması istendiği içindir. Eğer bu çalışma başka bir kurumda yapılıyor olsaydı hemşireler bilgilendiren grubu oluşturuyor olabilirdi. Ancak mevcut kurumda böyle bir politika bulunmaktadır.

Bu çalışmada katarakt operasyonu planlanan hastaların daha önceki katarakt operasyonu olma durumu incelendiğinde katarakt operasyonuna ilk defa girecek olan hastalar çoğunluktadır (%63.0). Aileden birinin katarakt operasyonu olma durumu ise %53.0 oranındadır. Korkusuz’ un ⁽¹⁰³⁾ ‘‘Katarakt Ameliyatı Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Güçlüklerin ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi’’ adlı çalışmasında ilk defa katarakt operasyonu olacak hastalar %63.0 bulunurken; ailesinde katarakt olma durumu ise %58.3 oranında bulunarak hastaların bu çalışma ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Bu çalışmada hastaların katarakt şikayetinin süresi 1-5 yıl olan hastaların oranı (%41.2) daha kısa ya da daha uzun süredir katarakt şikayet bulunan hastaların oranlarından daha fazladır. Lensin şeffaflığının azalması ile birlikte hastaların görme fonksiyonlarının giderek bozulduğu bilinmektedir. Hastaların tanı anındaki görme kaybı düzeyleri başlangıçta cerrahi geçirmeyi düşündürecek kadar ileri olmayabilir. Zamanla lensin opaklaşması ile beraber görme düzeyleri daha da azalmakta olabilir. Bu durumda kataraktın tek tedavi yöntemi cerrahi olması ve görme yetisinin zaman geçtikçe azalması hastaların başlangıçta düşünmedikleri cerrahi tedaviyi kabul etmelerine neden olmuş olabilir.

Bütün cerrahi hastalarının ameliyat öncesi korku, endişe ve ameliyata dair kaygı yaşadıkları bilinmektedir. Bu çalışmada katarakt operasyonu planlanan

hastaların operasyona ilişkin kaygı yaşayan hastalar %72.0 oranında bulundu. Oliveira ve diğ. ⁽²⁸⁾ yaptıkları çalışmada körlük korkusunun katarakt ameliyatının yapılmama nedenleri konusunda en çok bahsedilen kaygı nedeni olduğunu saptamışlardır. Kara-Jose ve diğ. ⁽¹¹¹⁾ katarakt operasyonu olmayan hastaların neden olmadığına dair yaptıkları araştırmada kör olma konusunda kaygıları olduğunu ve maddi açıdan zorlandıkları sonucuna ulaşmışlardır. Yapılan literatür taramaları sonucunda hastaların günlük aktivitelerinde zorlanacağı, ağrı duyacağı, görme yetisini kaybedeceği, kronik hastalıkları olan hastaların kronik sorunlar açısından sıkıntı yaşayacağını düşünmesi, ameliyat sonrası erken taburcu edilmeye dair korku ve endişe duyması, ameliyat sonrası refakatçi yok ise refakatçi bakımının nasıl olacağı ve ameliyat sırasında ağrı hissedeceğini sanması katarakt operasyonuna ilişkin kaygı yaşamasına neden olduğu söylenebilir.

5.2. Sosyo-Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk-Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Tartışılması

5.2.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre STAI Durumluk ve Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Tartışılması

Bu çalışmada yaş ile durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulundu. 61 yaş ve üzeri hastalarda kaygı ölçek puanları (50.63 ± 9.81) 40 yaş altı hastalardan (55.09 ± 8.55) ve 41-60 yaş aralığındaki hastalardan (53.94 ± 9.48) daha düşük bulundu ($p:0.038$). Fagerström ⁽¹¹²⁾ da benzer şekilde yaşlı bireylerde katarakt operasyonuna yönelik korku ve kaygıyı incelemiştir. Belirtilen çalışmada hastaların yalnızca üçte biri kaygı ve korku duyduğunu belirtmiştir. Çalışma sonuçlarımızda ilerleyen yaşlarda daha düşük kaygı düzeylerinin görülmesi bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Yaşlı hastalarda kaygı düzeyinin düşük olması, kronik hastalıklarının fazla olması nedeni ile hastane başvurularının fazla olması bundan dolayı da hastane ortamına aşına olmalarına neden olmuş olabilir. Genç hastaların muhtemel ilk hastane deneyimlerinin olması kaygı düzeylerini artırıyor olabilir.

Bu çalışmada süreklilik kaygı düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Kadın hastaların kaygı ölçek puanları (48.35 ± 6.19) erkek hastalara göre (46.65 ± 5.94) yüksek bulundu ($p:0.043$). Literatürde kadınlarda kaygı düzeyinin

erkeklerle göre daha yüksek olduğu bildiren çalışmalar mevcuttur ^(32, 113). Badner ve diğ. ⁽³²⁾ cerrahi öncesi kaygıyı etkileyen faktörleri incelemiş; kadın cinsiyetinin kaygıyı artıran faktörlerden biri olduğunu bulmuşlardır. Domar ve diğ. ⁽¹¹³⁾ benzer şekilde preoperatif kaygı nedenlerini incelenmişlerdir. Kadınlarda ve eşlik eden bir yakını bulunan hastalarda kaygı düzeyleri daha yüksek bulmuşlardır. Meuleners ve diğ. ⁽¹¹⁴⁾ topluma dayalı olarak yaptıkları çalışmada katarakt cerrahisi geçiren hastaların kaygı ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunları nedeniyle hastane başvurularını incelemişlerdir. Çalışmada kadın hastalarda ruh sağlığı nedeniyle başvuruların erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde katarakt cerrahisi dışında diğer günübürlük cerrahi operasyonlar için de kadınlarda kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur ⁽¹¹⁵⁻¹¹⁸⁾. Bu çalışmada da kadınlarda kaygı düzeyinin yüksek olması itibarı ile sonuçlar literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Kadınlarda kaygı düzeyinin yüksek bulunmuş olmasının nedeni kadınların endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmeleri olabilir. Ayrıca kadınların aile içerisindeki bakım verici kişi rolleri ve cerrahi sonrası bu rollerini geçici olarak da olsa yerine getiremeyecek olmaları, ailelerinden ayrı kalacak olmaları kaygı düzeyinin daha yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada medeni duruma göre kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Literatürde katarakt hastalarında yapılan kaygı araştırmalarında da cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bununla beraber katarakt dışı nedenlerle yapılan bir cerrahi öncesi kaygı araştırmasında dul hastalarda kaygı düzeyi, bekar ve evli gruplara göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur ⁽¹¹⁹⁾. Bu çalışma ile literatürdeki çalışmaların medeni hal için benzer sonuçlar göstermesi kaygı düzeyinin medeni durumdan etkilenmediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada eğitim düzeyine göre kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamadı. Literatürdeki yayınlarda eğitimin kaygı düzeyine etkisi ise değişkenlik göstermektedir. Caumo ve diğ. ⁽¹²⁰⁾ erişkinlerde ameliyat öncesi kaygıya neden olan faktörleri inceledikleri çalışmalarında 12 yıldan uzun süre eğitim almış bireylerde cerrahi öncesi kaygı düzeylerini; daha kısa süre eğitim almış bireylerden daha yüksek düzeyde bulmuşlardır. Aksine Moerman ve diğ. ⁽¹²¹⁾ de kaygı düzeyinin büyük oranda düşük eğitim düzeyinden kaynaklandığı öne sürmüşlerdir. Kaygı düzeyi ile eğitim düzeyi arasında ilişkiyi gösteren başka yayınlar da bulunduğu

gibi eğitim düzeyi ile kaygı düzeyleri arasında ilişki bulunmadığını gösteren yayınlar da mevcuttur. Sağır ve diğ. ⁽¹²²⁾, Turhan ve diğ. ⁽¹²³⁾, Özol ve diğ. ⁽¹²⁴⁾ ve Mott ve diğ.'nin ⁽¹²⁵⁾ araştırmalarında ise eğitim durumunun kaygı düzeyini etkilemediği gösterilmiştir. Belirtilen çalışmalarla benzer şekilde bu çalışmada da hastaların eğitim düzeyine göre kaygı ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olması sonuçlarımızı desteklemektedir.

Bu çalışmada meslek durumuna göre kaygı düzeyleri incelendiğinde durumluk kaygı düzeyleri ile anlamlı ilişki saptandı. Emekli hastalarda (49.46 ± 9.94) kaygı düzeyleri daha çalışmayan hastalardan (54.62 ± 9.24) ve memurlardan (54.74 ± 7.48) daha düşük düzeydedir ($p:0.001$). Katarakt cerrahisi geçiren hastalarda mesleklere göre kaygı düzeylerini inceleyen bir çalışma bulunmamakla beraber, katarakt cerrahisi gibi günübirlik cerrahi geçiren hastalarda benzer ilişki gözlenmiştir. Fındık ve Topçu'nun yapmış olduğu çalışmada herhangi bir işte çalışmayan ve günübirlik cerrahi geçirecek hastalarda çalışan hastalara göre daha yüksek bulmuşlardır ⁽¹²⁶⁾. Koivula ve diğ. ⁽¹²⁷⁾ araştırmalarında ise çalışan hastalarda kaygı düzeylerini emekli hastalara göre daha yüksek bulmuşlardır. Daha önceki verilerimizde belirttiğimiz gibi 60 yaş üzeri bireylerin kaygı düzeyleri düşük bulunmuştu. Emekli hastalarında bu grupta olduğu düşünüldüğünde beklendik bir sonuç olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada gelir düzeyine göre kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Yapılan literatür taramaları sonucunda; Özol ve diğ. ⁽¹²⁴⁾ ve Bahar ve diğ. ⁽¹²⁸⁾ yapmış olduğu çalışmalarda gelir düzeyine göre kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir. Duman ve diğ. ⁽¹²⁹⁾ ve Demir ve diğ. ⁽¹¹⁶⁾ çalışmalarında cerrahi öncesi kaygı düzeyleri ile gelir durumlarına arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışma ile literatürdeki yayınlar benzer sonuçlar göstermektedir. Gelir düzeyine kaygı düzeylerinin farklılaşmamasının nedeni her hastanın gelir durumuna yönelik hastane tercihi olması olabilir. Bu araştırmanın yapıldığı hastanenin özel bir sağlık kuruluşu olması nedeni ile başvuran hastaların tedavi ücretleri konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Halihazırda tedavi ücretlerini karşılayamayacak hastalar zaten bu kuruluştaki opere olmayacakları düşünüldüğünde gelir düzeyini az olarak belirten hastaların dahi tedavi ücretleri konusunda sorun yaşamadıkları düşünülebilir. Bu nedenle kaygı düzeylerinin farklı olmaması da beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada sigara kullanımına göre kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Sigaranın katarakt gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir (5, 8, 9, 11). Bormusov ve diğ. (12) çalışmalarında artan sigara miktarı ile lenste hasar oluşumunun arttığını göstermişlerdir. Tunç ve diğ. (13) de çalışmalarında sigara içen KOAH hastalarının %40'ında katarakt geliştiğini göstermişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada nikotin bağımlılığında hastaların anksiyete duyarlılığı ile kaygı ve depresyon puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bununla beraber sigaranın katarakt cerrahisine yönelik kaygı düzeylerini artırdığını gösteren çalışma bulunmamaktadır (130). Abacıoğlu'nun (100) yapmış olduğu çalışmada da sigara ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde katarakt cerrahisi dışında diğer günübirlik cerrahi operasyonlar için de sigara kullanımı ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen yayınlar mevcuttur. Sağır ve diğ. (122) yaptıkları çalışmada sigara kullanımı ile cerrahiye yönelik kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Sonuçlarımız genel olarak literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar sigara kullanımının doğrudan cerrahi kaygısı üzerine etkisi olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla beraber Cuvaş ve diğ. (131) sigara kullanımı ile kronik kaygı varlığı ilişkisini incelemişlerdir. Sigara kullanıcısı olan bireylerin kronik kaygı düzeylerinin sigara kullanmayan hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

5.2.2. Hastaların Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre STAI Durumluk ve Süreklilik Ölçek Puanlarına Göre Tartışılması

Bu çalışmada durumluk kaygı düzeyi ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Kronik bir hastalığı bulunmayan hastaların kaygı ölçek puanları (53.64 ± 8.92) kronik hastalığı bulunan hastalara göre (50.80 ± 10.18) yüksek bulundu ($p:0.036$). Bahar ve Taşdemir (132) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda kaygı ve depresyonu inceledikleri çalışmalarında kronik hastalığı bulunan hastaların akut bir hastalıkla başvuruda bulunan hastalara göre daha yüksek düzeyde kaygı yaşadıklarını belirtmiştir. Benzer şekilde başka bir çalışmada ise kronik hastalığı bulunan bireylerde kaygı düzeyleri bulunmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık varlığında kaygı düzeyine yönelik bulgularımız literatürdeki sonuçlara göre farklılık göstermektedir. Bu durumun birkaç farklı nedeni olabilir. Öncelikle çalışmamızda kronik hastalığı bulunmayan hastaların yaşları

karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha genç oldukları görülmüştür. Dolayısı ile kronik hastaların yaşlarının genç olması kaygı düzeylerinin daha yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir. Nitekim bu çalışmada yaşa göre kaygı düzeyleri incelendiğinde de genç hastalar kaygı düzeyi yüksek bulunmuştu. Bir diğer olası eden ise kronik hastalığı bulunan hastaları hastane ortamına aşına olmaları dolayısı ile kaygı düzeylerinin daha düşük olması olabilir. Bu çalışmanın yapıldığı hastanede uzun süreli yatış ortamının bulunmaması, dahili ve cerrahi kliniklerde ise uzun süreli yatış ortamının bulunuyor olması da kaygı düzeyi sonuçlarındaki farklılıkları açıklayabilir.

Bu çalışmada hastaların operasyon öncesi bilgilendirilme durumuna göre kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Moon ve diğ.⁽¹³³⁾ katarakt hastalarında bilgilendirmenin kaygı üzerine etkisini incelemiştir. Çalışmalarında cerrahi öncesi bilgilendirmenin kaygı düzeylerine azalttığını bildirmişlerdir. Morrell'in⁽¹³⁴⁾ yapmış olduğu çalışmada da katarakt cerrahisi öncesi özel eğitim ve bilgilendirme verilen hastaların kaygı düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada hastaya özel planlanmış bilgilendirmenin kaygı düzeylerini azalttığı gösterilmiştir. Kekecs ve diğ.⁽¹³⁵⁾ hastanın eğitim ve terapötik önerilerinin katarakt cerrahisi hastalarına etkisi üzerine yaptıkları çalışmalarında, pozitif öneri ve kombine kaygı yönetim tekniklerini hastaya ameliyat öncesi anlatmanın kaygı düzeyini azaltmada etkili olduklarını gözlemlemişlerdir. Pager⁽¹³⁶⁾ bilgilendirici bir videonun hastanın beklentileri ve katarakt cerrahisinden memnuniyeti üzerine etkilerini araştırmak amacı ile yaptığı çalışmada videoların hastaların hem memnuniyetini arttırmada hem de kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde katarakt cerrahisi dışında diğer günübürlük cerrahi operasyonlar için de cerrahi öncesi sağlık çalışanları tarafından yapılan bilgilendirmenin kaygı düzeylerini azalttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir^(122, 137, 138). Bu çalışmada bilgilendirme durumu ve bilgilendirmeyi yapan kişiye göre anlamlı bir ilişki bulunamaması için birkaç farklı yorum yapılabilir. Bunlardan biri literatürde anlamlı ilişki elde edilen çalışmaların tümünün asıl amacının özel bilgilendirme ve eğitim programı içeriyor olması olabilir. Bu çalışmada ise hastalara özel bir program uygulanmamış olup operasyon öncesi genel bir bilgilendirme yapılmıştır. Bu nedenle genel bir bilgilendirme yapılan hastaların kaygı düzeyinde yeterli bir değişime neden olmamış olabilir.

Bu çalışmada hastaların daha önceden katarakt için ya da başka amaçla bir cerrahi geçirme durumuna göre kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Nijkamp ve diğ. ⁽¹³⁹⁾ katarakt hastalarında kaygı düzeylerini etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Çalışmalarında daha önceden katarakt operasyonu geçirip geçirmemeye göre kaygı düzeylerinde bir farklılık bulamamışlardır. Katarakt cerrahisi dışında gününbirlik cerrahi geçiren hastaların bulunduğu diğer çalışmalarda da önceki cerrahi deneyimine göre kaygı düzeyleri benzer bulunmuştur ^(140, 141). Bu çalışmanın sonuçlarının literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermesi çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Bununla beraber önceki cerrahi deneyimleri ile kaygı arasında ilişki bulan çalışmalar da mevcuttur. Mitsonis ve diğ. ⁽¹⁴²⁾ ise katarakt cerrahisi uygulanacak 65 yaş üstü hastalarda anksiyeteyi değerlendirmiş ve 1. göz katarakt cerrahisi uygulanacak hastalarda preoperatif anksiyete düzeyinin 2. göz katarakt cerrahisi uygulanacak hastalardan yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Foggitt ⁽¹⁴³⁾ yapmış olduğu çalışmada, hastaların katarakt cerrahisine ait kaygı ortalamasının aşırı düzeyde olmadığını, en yüksek kaygı düzeyinin katarakt için yapılan ön inceleme aşamasında ve her iki gözden aynı anda opere olacak hasta grubunda olduğunu belirlemiştir. Bizim çalışmamızda ise daha önceki cerrahi deneyimlerine göre kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu çalışmalar ile farklı sonuçlar elde edilmiş olmasının nedeni çalışma gruplarının yaş dağılımının farklı olması olabilir. Bizim çalışma grubumuzun belirtilen çalışmaya göre daha genç olması ve daha önceden cerrahi geçiren hastaların oranının düşük olması sonuçlarda farklılığa neden olmuş olabilir. Ayrıca çalışmamızda aynı anda her iki gözden opere olan hasta bulunmamakla beraber çok yakın tarihli ve her iki gözü için de katarakt cerrahisi geçiren hastalar bulunmaktadır. Bu nedenle hastaların kısa aralıklarla da olsa farklı zamanlarda ve tek gözünden cerrahi geçirmiş olması da sonuçların farklı olmasına neden olmuş olabilir. Hastalar aynı anda iki gözünü kaybetme riski nedeni ile daha yüksek düzeyde kaygı yaşıyor olabilirler.

Bu çalışmada süreklilik kaygı düzeyi ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Beş yıldan daha uzun süredir kataraktı bulunan hastaların kaygı ölçek puanları (48.23 ± 5.02) 6 aydan daha kısa süredir kataraktı bulunan hastalara (50.80 ± 10.18) ve 6 ay-1 yıl süredir kataraktı bulunan hastalara (46.20 ± 6.04) göre yüksek

bulundu (p:0.023). Nakao ve diğ. ⁽¹⁴⁴⁾ yapmış oldukları çalışmada bir grup hastada hastalık süresi ile ruh sağlığı problemleri arasında ilişki bulunduğunu belirtmişlerdir. Artan hastalık süresinin artmış kaygı düzeyleri ile birliktelik gösterdiğini bildirmişlerdir. Bulut'un ⁽¹⁴⁵⁾ ve Uchmanowicz ve diğ. ⁽¹⁴⁶⁾ çalışmalarında uzamış hastalık süresi ile artmış kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Esteghamat ve diğ. ⁽¹⁴⁷⁾ ise cerrahi ve cerrahi dışı hastalarda kaygı düzeylerini incelemiş olup her iki grupta da uzamış hastalık süreleri ile artmış kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Ayrıca cerrahi operasyon geçirecek hastalarda kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Araştırmamızın hastalık süresine yönelik sonuçları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun nedeni görmede yaşanan problemlerin günlük hayatı etkilemesi ve kaygı düzeyini arttırması olabilir. Bu durumun olası bir nedeni de hastaların cerrahiden olan korkuları nedeni ile operasyonu ertelemeleri olabilir. Görme probleminde bulanık görüş arttıkça kaygı düzeyi de artmakta dolayısı ile en uzun hastalık süresine sahip olan hastalarda kaygı düzeyi de en yüksek düzeydedir. Ayrıca katarakt ameliyatının geciktirilmesi cerrahi sürecin uzamasına sebep olabilir. Cerrahi müdahale süresinin artması, ameliyathanede kalış süresinin uzaması hastada kaygı düzeyini arttırabilir.

Bu çalışmada durumluk ve süreklilik kaygı düzeyi ile kaygı yaşadığını belirtme durum arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Kaygı yaşadığını belirten hastaların durumluk kaygı ölçek puanları (55.16 ± 7.72) kaygı yaşamadığını belirten hastalara göre (43.85 ± 9.75) yüksek bulundu ($p < 0.001$). Kaygı yaşadığını belirten hastaların süreklilik kaygı ölçek puanları (48.18 ± 5.71) kaygı yaşamadığını belirten hastalara göre (45.64 ± 6.73) yüksek bulundu ($p: 0.006$). Bu sonuçlar da çalışmanın yapılmasındaki amacı destekler niteliktedir. Katarakt hastalarında cerrahi öncesi dönemde hastaların kaygı duydukları yapılan yayınlarda gösterilmiştir. O'Malley ve diğ. ⁽¹⁴⁸⁾ katarakt cerrahisinin duygu durum yönünü incelemiş olup çalışmalarında cerrahiye yönelik prosedürlerin kaygı düzeyini en çok artıran faktör olduğunu belirtmişlerdir. Bassett ve diğ. ⁽¹⁴⁹⁾ katarakt hastalarında yaptıkları çalışmada hastaların kaygı düzeyini, cerrahi öncesi ve sonrası zaman dilimlerine göre incelemişlerdir. Kaygı düzeyleri cerrahi öncesinde çok yüksek bulurken, sonrasındaki zaman dilimlerinde azaldığını saptamışlardır. Benzer şekilde Çilingir ve diğ. ⁽³⁵⁾ aralarında göz ameliyat olan 230 hastanın kaygı düzeylerini incelemiş hastaların cerrahi

öncesinde diğer zaman dilimlerine göre daha yüksek kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar da çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Kaygı yaşadığını belirten hastaların kaygı puanlarının yüksek olması, ölçeğin kaygı düzeylerini tutarlı bir şekilde ölçmesinden kaynaklanıyor olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda özetlenmiştir;

1. Durumluk kaygı ölçek puanları emekli hastalarda memur ve çalışmayan hasta gruplarından daha düşük bulundu.
2. Kronik bir hastalığı bulunmayan hastalarda durumluk ölçek puanları kronik hastalığı bulunan hastalardan daha yüksek bulundu.
3. Operasyona ilişkin kaygı yaşadığını bildiren hastaların durumluk kaygı ölçek puanları, kaygı yaşamadığını bildiren hastalardan daha yüksek bulundu.
4. Süreklilik kaygı ölçek puanları kadın hastaların ölçek puanları erkek hastalara göre yüksek bulundu. 60 yaş üzeri hastalarda kaygı düzeyleri 60 yaş ve altı hastalara göre daha yüksek bulundu.
5. Süreklilik kaygı düzeyleri şikâyet süresi 0-6 ay olan hastalarda, 1-5 yıl ve 5 yıldan daha uzun süreye sahip olan hastalardan daha düşük bulundu.
6. Operasyona ilişkin kaygı yaşadığını bildiren hastaların süreklilik kaygı ölçek puanları, kaygı yaşamadığını bildiren hastalardan daha yüksek bulundu.

Araştırmamızda elde edilen sonuçlara göre öneriler;

1. Sağlık personeli katarakt operasyonu olacak bireyi, biyopsikososyal yönden tam bir bütün olarak ele almalı, preoperatif kaygı düzeyinin azaltılması için daha kapsamlı (hasta odaklı) hemşirelik bakım sistemi oluşturulmalıdır.
2. Daha önceden kronik bir hastalığı bulunmaması nedeni ile hastane ortamına alışkın olmayan, özellikle ilk kez katarakt operasyonu geçirecek hasta grubuna, ameliyat hakkındaki duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilerek aktif olarak dinlenmelidir. Sade ve anlaşılacak şekilde bilgilendirilmeli, hastalara tanı, tedavi ve hastalığın prognozu hakkında bilgi eksikliği giderilerek psikolojik destek sağlanmalıdır.

3. Hastalara verilecek her eğitim kendi yaşı, kronik hastalıkları, fiziki imkanları ele alınarak bilgi verilebilir.
4. Katarakt ameliyatının geciktirilmesi cerrahi sürecin uzamasına sebep olabileceğinden ameliyathanede kalış süresinin uzayabileceği konusunda hastalara bilgi verilip kaygıyı azaltmaya yönelik bilgilendirme yapılabilir.
5. Hastalara video ve gerekli görsel materyaller ile bilgilendirme yapılarak kaygı düzeylerinin azaltılmasına yardımcı olunabilir.
6. Tamamlayıcı hemşirelik bakımı ile gevşeme egzersizleri, nefes egzersizleri gibi hastaların kişisel özelliklerine göre yapabileceği egzersizler öğretilerek kaygı düzeylerinin azaltılmasına destek olunabilir.



KAYNAKLAR

1. Süzen, B., Yıldırım B., Çelik S., Usta Y. (2012) Sağlık Uygulamalarında temel Kavram ve beceriler. Akça Ay F, (Ed.). (s. 11-16). İSTANBUL: Nobel tıp kitabevleri
2. Bengisu, Ü. (1998) Göz Hastalıkları. Ankara: Palme yayım.
3. Erdil, F., Özhan Elbaş N. (2012) Göz hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Cerrahi hastalıkları hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset.
4. Devranoğlu, K. (2012) Bulanık görmeye yol açan bir hastalık: Katarakt. Gülbay Z, (Ed.). *Sorular ve Yanıtlarla Göz Hastalıklarının 16 Uzmanından Göz Sağlığına Dair Her Şey* (s. 78-90). İstanbul: Kitap matbaacılık
5. Asbell, P.A., Dualan I., Mindel J., Brocks D., Ahmad M., Epstein S. (2005) Age-related cataract. *The Lancet*; 365 (9459): 599-609.
6. Yavuz, B. (2007) Geriatrik Değerlendirme ve Testler: Assessing patient dependence in Alzheimer's disease. *İç Hastalıkları Dergisi*; 14 (3): 5-17.
7. World Health Organization. Global data on visual impairments 2010 (t.y.). Erişim: 14 Mayıs 2017 <http://www.who.int/blindness/globaldatafinalforweb.pdf>.
8. Group, E.D.P.R. (2004) Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Archives of ophthalmology*; 122 (4): 477.
9. Marsden, J. (2003) Cataract: the role of nurses in diagnosis, surgery and aftercare. *Nursing times*; 100 (7): 36-40.
10. Tan, A.G., Wang J.J., Rochtchina E., Mitchell P. (2006) Comparison of age-specific cataract prevalence in two population-based surveys 6 years apart. *BMC ophthalmology*; 6 (1): 1.
11. Abraham, A.G., Condon N.G., Gower E.W. (2006) The new epidemiology of cataract. *Ophthalmology Clinics*; 19 (4): 415-425.
12. Bormusov, E., Reznick A., Dovrat A. (2013) Potential protection by antioxidants of the action of tobacco smoke on the metabolism of cultured bovine lenses. *Metabolomics*; 3 (124): 2153-0769.

13. Murat, T., Arbak P., Balbay Ö., Erbaş M., Bilen A. (2003) Sigara Kullanımına Bağlı Ağır KOAH Gelişen Olgularda Oküler Komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Ophthalmology*; 12 (4): 200-203.
14. Fylan, F., Morrison-Fokken A., Grunfeld E.A., editors. Focus-QoL: Measuring quality of life in low vision. International Congress Series; 2005: Elsevier.
15. Lamoureux, E.L., Hassell J.B., Keeffe J.E. (2004) The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. *American journal of ophthalmology*; 137 (2): 265-270.
16. Coleman, A.L., Stone K., Ewing S.K., Nevitt M., Cummings S., Cauley J.A. ve diğerleri. (2004) Higher risk of multiple falls among elderly women who lose visual acuity. *Ophthalmology*; 111 (5): 857-862.
17. Sertbaş, G. ve Bahar, A. (2004). Anksiyete ve anksiyete başatmede hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Forumu, Eylül-Ekim: 39-44.
18. Cüceloğlu, D. (2005) İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi.
19. Yardakçı, R., Akyolcu N. (2004) The effect of the visits made preoperative period on the patients' anxiety level. *Journal of Nursing Research Development (HEMAR-G)*; 6: 7-14.
20. Elkin, M., Perry A., Potter P. (2004) Nursing Interventions & Clinical Skills. St. Louis: Mosby.
21. Kömerik, N., Muğlalı M. (2005) Ağız cerrahisinde anksiyete kontrolü: Hastaların bilgilendirilmesi. *Atatürk Üniv Dış Hek Fak Derg*; 15 (3): 25-33.
22. Kayhan, C. (2003) *Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Afyon Kocatepe Üniveristesi, Afyon
23. Karadakovan, A., Eti Aslan F. (2011) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Kitapevi.
24. Stephenson, M.E. (1990) Discharge criteria in day surgery. *J Adv Nurs*; 15 (5): 601-613.
25. Markanday, L., Platzner H. (1994) Brief encounters. *Nurs Times*; 90 (7): 38-42.
26. Özorak, Ö. (2010) *Preoperatif basınç ağrı eşiği, stai anxiety inventory (durumluk anksiyete ölçeği) ve stres hormonu (kortizol"ün) postoperatif analjezi*

ihtiyacı ile kolerasyonu. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta.

27. Swindale, J.E. (1989) The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *J Adv Nurs*; 14 (11): 899-905.
28. Oliveira Rde, S., Temporini E.R., Kara Jose N., Carricondo P.C., Kara Jose A.C. (2005) Perceptions of patients about cataract. *Clinics (Sao Paulo)*; 60 (6): 455-460.
29. Cobley, M., Dunne J.A., Sanders L.D. (1991) Stressful pre-operative preparation procedures. The routine removal of dentures during pre-operative preparation contributes to pre-operative distress. *Anaesthesia*; 46 (12): 1019-1022.
30. Elsass, P., Eikard B., Junge J., Lykke J., Staun P., Feldt-Rasmussen M. (1987) Psychological effect of detailed preanesthetic information. *Acta Anaesthesiol Scand*; 31 (7): 579-583.
31. Bekaroğlu, M., Uluutku N., Alp K., Lüleci N. (1991) Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2 (4): 285-288.
32. Badner, N.H., Nielson W.R., Munk S., Kwiatkowska C., Gelb A.W. (1990) Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth*; 37 (4 Pt 1): 444-447.
33. Wallace, L.M. (1987) Trait anxiety as a predictor of adjustment to and recovery from surgery. *Br J Clin Psychol*; 26 (Pt 1): 73-74.
34. Mccleane, G.J., Cooper R. (1990) The nature of pre-operative anxiety. *Anaesthesia*; 45 (2): 153-155.
35. Cilingir, D., Bayraktar N. (2011) Information requirements and difficulties experienced after discharge in day surgery patients: a descriptive cross-sectional survey. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*; 31 (1): 164-175.
36. Davies, B., Tyers A. (1992) Do patients like day case cataract surgery? *British journal of ophthalmology*; 76 (5): 262-263.
37. Waterman, H., Leatherbarrow B., Slater R., Waterman C. (1999) Post-operative pain, nausea and vomiting: qualitative perspectives from telephone interviews. *Journal of Advanced Nursing*; 29 (3): 690-696.

38. Malkoç, İ. (2006) Göz Küresinin Tabakaları: Anatomik ve Histolojik Bir Derleme. *Eurasian J Med*; 38: 124-129.
39. Cumhuri, M., B. S. (2002) Fonksiyonel anatomi. Baş-boyun ve iç organlar. Ankara: ODTÜ geliştirme vakfı yayıncılık.
40. Demir, T., Sen Ü. (2009) Görme engelli öğrencilerin çeşitli değişkenler açısından öğrenme stilleri üzerine bir araştırma. *Journal of International Social Research*; 2 (8).
41. Kuyk, T., Elliott J.L., Fuhr P.S. (1998) Visual correlates of mobility in real world settings in older adults with low vision. *Optometry & Vision Science*; 75 (7): 538-547.
42. Rees, G., Tee H.W., Marella M., Fenwick E., Dirani M., Lamoureux E.L. (2010) Vision-specific distress and depressive symptoms in people with vision impairment. *Investigative ophthalmology & visual science*; 51 (6): 2891-2896.
43. Başmak, H. (2005) Gözün anatomisi ve fizyolojisi. İstanbul: Türkiye Optik ve Optometrik Meslekler Derneği.
44. Uysal, S.A., Esra A. (2009) Görme engelli çocukların mobilite düzeylerinin incelenmesi: pilot çalışma. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*: 20 (3): 201-206.
45. Phelps Brown, N., Bron A. (1996) Lens disorders: A clinical manual of cataract diagnosis. Oxford: Butterworth-Heinemann.
46. Kodor, P. (1994) Biochemistry of the lens: intermediary metabolism and sugar cataract formation. Albert D, Jacobiec F, (Ed.). *Principles and practice of ophthalmology* (s. 146-147). Philadelphia: WB Saunders
47. Weingeist, T., Liesegang T., Grand M. (2001) American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course 2000-2001 Lens and Cataract. Biochemistry.
48. Law, M. (2002) Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*; 56 (6): 640-649.
49. Weingeist, T., Liesegang T., Grand M. (2001) American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course 2000-2001 Lens and Cataract. Physiology,.
50. Gözoğlu, S. H. (2006) *Mikroinsizyonel katarakt cerrahisi ile lens ekstraksiyonu ve arka kamara göz içi lensi yerleştirilmesi sonrası postoperatif*

sonuçların incelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

51. Helvacıoğlu, F. İ. (2007) *Konvansiyonel ve bimanuel mikroinsizyonel fakoemülsifikasyon cerrahilerinin sert kataraktlardaki sonuçları.* Tıpta Uzmanlık Tezi T.C. Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul.

52. World Health Organization. (t.y.). *Erişim: 04 Nisan 2017* <http://www.who.int/topics/cataract/en/>.

53. Duman, M. (2006) *Fakoemülsifikasyon sırasında arka kapsül yırtığı gelişmesi sonrası arka kamara göz içi lensi uygulanan olgularımızın klinik sonuçları.* Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul.

54. Klein, B.E., Klein R., Lee K.E. (1998) Incidence of age-related cataract: the Beaver Dam Eye Study. *Archives of ophthalmology*; 116 (2): 219-225.

55. Gözüm, N. (2012) Katarakt ve tedavisi. *Klinik Gelişim*; 25: 12-15.

56. Kanski, J. (2007) *Clinical ophthalmology.* İstanbul: Nobel tıp kitapevi.

57. Eren, M.H. (2012) Travmatik Kataraktlarda Zamanlama, Biyometri, Göz İçi Merceği Seçimi, Komplikasyonlar ve Diğer Problemler. *Turkish Journal of Ophthalmology/Turk Oftalmoloji Dergisi*; 42.

58. Karel, F., Işıkçelîk Y., Takmaz T. (1997) Lens metabolizması ve katarakt gelişim mekanizmaları. *Turkiye Klinikleri Journal of Ophthalmology*; 6 (1): 50-56.

59. Crabtree, H., Hildreth A., O'connell J., Phelan P., Allen D., Gray C. (1999) Measuring visual symptoms in British cataract patients: the cataract symptom scale. *British journal of ophthalmology*; 83 (5): 519-523.

60. Ayan, T. (2004) *Yeni nesil memorylens göz içi lenslerinde arka kapsül kesafet gelişimi.* Tıpta Uzmanlık Tezi T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütüfî Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

61. Toh, T., Morton J., Coxon J., Franzco M. (2007) Medical treatment of cataract. *Clinical and Experimental Ophthalmology*; 35: 664-671.

62. Kılıç, A., Gürler, B., Karadede, S. PEKKE ve fakoemülsifikasyon yöntemleriyle katarakt ameliyatı yapılan olgularda kornea komplikasyonlarının karşılaştırılması. TOD Ulusal Kongresi, 2002.

63. Fishkind, W.J., Neuhann T.F., Steinert R.F. (2010) The phaco machine: the physical principles guiding its operation. *Saunders Elsevier, Philadelphia, PA*: 75-92.
64. Buratto, L. (1998) The physical principles of phacoemulsification. (Ed.). *Phacoemulsification* (s. 25): Slack Thorofare, NJ
65. Canadian Ophthalmological Society Cataract Surgery Clinical Practice Guideline Expert Committee. (2008) Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for cataract surgery in the adult eye. *Canadian Journal of Ophthalmology/Journal Canadien d'Ophtalmologie*; 43: S7-S33.
66. Ashwin, P.T., Shah S., Wolffsohn J.S. (2009) Advances in cataract surgery. *Clinical and Experimental Optometry*; 92 (4): 333-342.
67. Grabow, H. (2004) Indications for lens surgery and different techniques. Yanoff M, Duker J, (Ed.). *Ophthalmology* (s. 315-326). Spain: Mosby Inc.
68. Gorman, L., Sultan D. (2014) Hastalığa psikososyal yanıt. Öz F, Demirlalp M, (Ed.). *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin* (s. 7-15). Ankara: Akademisyen kitabevi
69. Birol, L. (2005) Hemşirelik Süreci. İzmir: Etki Matbaası.
70. Şendir, M., Kaya H. (2008) Hemşirelik Süreci. K B, T AA, (Ed.). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi* (s. 8-17). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık
71. Roper, N., Logan W., Tierney A. (1996) A Model For Nursing Based on a Model Living. Newyork: Churcill Living Stone Publish.
72. Kaya, N. (2008) Yaşam Modeli. K B, T AA, (Ed.). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi* (s. 1-7). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık
73. Kaya, H. (2004). *Spinal kord yaralanması olan hastalarda hemşirelik bakımı ve eğitimin bağımlılık-bağımsızlık ve özbakım-gücü üzerine etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
74. Erdil, F. (2001) Göz Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Erdil F, Elbaş Ö, (Ed.). *Cerrahi hastalıkları hemşireliği*. Ankara Aydoğdu Ofset
75. Türk Dil Kurumu. (t.y.). Erişim: 05 Mart 2017 <http://www.tdk.gov.tr>
76. Önertoy, O. (2004) Kaygıları Aşmak. İzmir: Sistem Yayıncılık.
77. Öz, F. (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj Basım.
78. Akdemir, N., Birol L. (2005) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset.

79. Ayoğlu, T. (2003). *Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
80. Dadaş, S. (2003). *Ertelenen cerrahi girişimlerin hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
81. Veliöğlu, P., Pektekin Ç., Şanlı T. (1993) Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
82. Öner, N., Le Compte A. (1998) Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Evanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
83. Brown, S.M. (1990) Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculus disease. *J Adv Nurs*; 15 (8): 962-970.
84. Fell, D., Derbyshire D.R., Maile C.J., Larsson I.M., Ellis R., Achola K.J. ve diğerleri. (1985) Measurement of plasma catecholamine concentrations. An assessment of anxiety. *Br J Anaesth*; 57 (8): 770-774.
85. Özkan, S. (1993) Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş.
86. Karagöz, G. (2006) *Sırt, boyun, bel ağrıları olan ve ameliyat programına alınan nöroşürürürji hastalarının ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedaviler*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
87. Özer, Z. (2016) Hemşireler için tamamlayıcı terapiler el kitabı. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Yayınları.
88. Tsao, J.C., Meldrum M., Kim S.C., Jacob M.C., Zeltzer L.K. (2007) Treatment Preferences for CAM in children with chronic pain. *Evid Based Complement Alternat Med*; 4 (3): 367-374.
89. Yıldırım, Y., Fadıloğlu Ç., Uyar M. (2006) Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. *Ağrı*; 18 (1): 26-32.
90. Yavuz, M. (2006) Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*: 1235-1247.
91. Nazlıkul, H., Eraltan E.H. (2002) Tamamlayıcı Tıp. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

92. Gürkan, A., Bilge A. (2006) Alternatif terapiler ve psikiyatri hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 22 (1): 225-232.
93. Simmons, D., Chabal C., Griffith J., Rausch M., Steele B. (2004) A clinical trial of distraction techniques for pain and anxiety control during cataract surgery. *Insight*; 29 (4): 13-16.
94. Cruise, C.J., Chung F., Yogendran S., Little D. (1997) Music increases satisfaction in elderly outpatients undergoing cataract surgery. *Can J Anaesth*; 44 (1): 43-48.
95. Agard, E., Pernod C., El Chehab H., Russo A., Haxaire M., Dot C. (2016) [A role for hypnosis in cataract surgery: Report of 171 procedures]. *J Fr Ophtalmol*; 39 (3): 287-291.
96. Marakoğlu, İ., Demirer S., Özdemir D. (2003) Periodontal tedavi öncesi durumluk ve süreklilik kaygı düzeyi. *CÜ Diş hekimliği Fakültesi Dergisi*; 6 (3): 73-79.
97. Alacacioğlu, A., Yavuzşen T., Diriöz M., Yeşil L., Bayrı D., Yılmaz Y. (2007) Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*; 17: 87-93.
98. Congdon, N., O'colmain B., Klaver C.C., Klein R., Munoz B., Friedman D.S. ve diğerleri. (2004) Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*; 122 (4): 477-485.
99. Congdon, N., Vingerling J.R., Klein B.E., West S., Friedman D.S., Kempen J. ve diğerleri. (2004) Prevalence of cataract and pseudophakia/aphakia among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*; 122 (4): 487-494.
100. Abacıoğlu, S. (2007) *Katarakt cerrahisi yapılacak hastalarda 1. ve 2. göz cerrahileri öncesi hastaların endişe düzeylerinin araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon
101. Courtright, P. (2009) Gender and blindness: Taking a global and a local perspective. *Oman J Ophthalmol*; 2 (2): 55-56.
102. Yılmaz, E., Birer Z., Baydur H. (2016) Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulanan Terapötik Dokunmanın Kaygı ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. *J Clin Exp Invest*; 7 (1): 52-62

103. Korkusuz, A. Katarakt ameliyatı sonrası hastaların evde yaşadıkları güçlüklerin ve gereksinimlerinin belirlenmesi: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
104. Chatziralli, I.P., Sergentanis T.N., Peponis V.G., Papazisis L.E., Moschos M.M. (2013) Risk factors for poor vision-related quality of life among cataract patients. Evaluation of baseline data. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*; 251 (3): 783-789.
105. Jensen, H., Tubaek G. (2017) Elderly people need an eye examination before entering nursing homes. *Dan Med J*; 64 (2).
106. Klein, B.E., Klein R., Lee K.E., Knudtson M.D., Tsai M.Y. (2006) Markers of inflammation, vascular endothelial dysfunction, and age-related cataract. *Am J Ophthalmol*; 141 (1): 116-122.
107. Yoo, T.K., Kim S.W., Seo K.Y. (2016) Age-Related Cataract Is Associated with Elevated Serum Immunoglobulin E Levels in the South Korean Population: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*; 11 (11): e0166331.
108. Lee, D.S., Han K., Kim H.A., Lee S.Y., Park Y.H., Yim H.W. ve diğerleri. (2015) The Gender-Dependent Association between Obesity and Age-Related Cataracts in Middle-Aged Korean Adults. *PLoS One*; 10 (5): e0124262.
109. Park, S., Lee E.H. (2015) Association between metabolic syndrome and age-related cataract. *Int J Ophthalmol*; 8 (4): 804-811.
110. Lau, J.T., Lee V., Fan D., Lau M., Michon J. (2002) Knowledge about cataract, glaucoma, and age related macular degeneration in the Hong Kong Chinese population. *Br J Ophthalmol*; 86 (10): 1080-1084.
111. Kara-Jose, N., Temporini E.R. (1999) Cataract surgery: or why are there some patients excluded. *Rev Panam Salud Publica*; 6 (4): 242-248.
112. Fagerstrom, R. (1993) Fear of a cataract operation in aged persons. *Psychol Rep*; 72 (3 Pt 2): 1339-1346.
113. Domar, A.D., Everett L.L., Keller M.G. (1989) Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg*; 69 (6): 763-767.
114. Meuleners, L.B., Hendrie D., Fraser M.L., Ng J.Q., Morlet N. (2013) The impact of first eye cataract surgery on mental health contacts for depression and/or

- anxiety: a population-based study using linked data. *Acta Ophthalmol*; 91 (6): e445-449.
115. Erdem, D., Ugiş C., Albayrak M.D., Akan B., Aksoy E., Göğüş N. (2011) Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy tıp Dergisi*; 7: 11-16.
116. Demir, A., Akyurt D., Ergün B., Haytural C., Yiğit T., Taşoğlu İ. ve diğerleri. (2010) Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*; 18 (3): 177-182.
117. Astin, F., Jones K., Thompson D.R. (2005) Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*; 34 (6): 393-401.
118. Shibeshi, W.A., Young-Xu Y., Blatt C.M. (2007) Anxiety worsens prognosis in patients with coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*; 49 (20): 2021-2027.
119. Ertuğrul, B. (2007) *Genel cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete durumu ve anksiyeteye yaklaşım*. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Ankara.
120. Caumo, W., Schmidt A.P., Schneider C.N., Bergmann J., Iwamoto C.W., Bandeira D. ve diğerleri. (2001) Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*; 45 (3): 298-307.
121. Moerman, N., Van Dam F.S., Muller M.J., Oosting H. (1996) The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*; 82 (3): 445-451.
122. Sağır, G., Kaya M., Eskiçırak H.E., Kapsuz Ö., Kadioğulları A.N. (2012) Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk J Anesth Reanim*; 40 (5): 274-278.
123. Turhan, T., Avcı R., Özcengiz D. (2012) Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*; 20 (1): 27-33.
124. Özol, D., Koçak M., Çoşkunol D., Egemen A. (2005) Tüberkülozlu Hastalarda Kaygı Durumu Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*; 16: 66-70.

125. Mott, A.M. (1999) Psychologic preparation to decrease anxiety associated with cardiac catheterization. *Journal of Vascular Nursing*; 17 (2): 41-49.
126. Fındık, Ü.Y., Topçu S.Y. (2012) Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 19 (2).
127. Koivula, M., Tarkka M.-T., Tarkka M., Laippala P., Paunonen-Ilmonen M. (2002) Fear and in-hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *International journal of nursing studies*; 39 (4): 415-427.
128. Bahar, A., Tutkun H., Sertbaş G. (2005) Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 6 (4): 227-239.
129. Duman, A., Öğün Ö., Şahin K., Şarkılar G., Ökeşli S. (2003) Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *SÜ tıp fakültesi dergisi*; 19: 21-26.
130. Labiris, G., Katsanos A., Fanariotis M., Tsirouki T., Pefkianaki M., Chatzoulis D. ve diğerleri. (2008) Psychometric properties of the Greek version of the NEI-VFQ 25. *BMC Ophthalmol*; 8: 4.
131. Cuvaş, Ö., Aslanargun P., Aslan E., Yücel F., Dikmen B., Ceyhan A. (2010) Sigara İçiminin Preoperatif Anksiyete Üzerine Etkisi. *Journal of the Turkish Anaesthesiology & Intensive Care Society-JTAICS/Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*; 38 (5).
132. Bahar, A., Taşdemir H.S. (2008) Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*; 11 (2).
133. Moon, J.S., Cho K.S. (2001) The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia. *J Adv Nurs*; 35 (3): 407-415.
134. Morrell, G. (2001) Effect of structured preoperative teaching on anxiety levels of patients scheduled for cataract surgery. *Insight*; 26 (1): 4-9.
135. Kekecs, Z., Jakubovits E., Varga K., Gombos K. (2014) Effects of patient education and therapeutic suggestions on cataract surgery patients: a randomized controlled clinical trial. *Patient Educ Couns*; 94 (1): 116-122.

136. Pager, C.K. (2005) Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery. *Br J Ophthalmol*; 89 (1): 10-13.
137. Karakula, S. (1999) Koroner bypass ameliyatı geçiren hastalarda bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerine etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
138. Haugen, A.S., Eide G.E., Olsen M.V., Haukeland B., Remme A.R., Wahl A.K. (2009) Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *J Clin Nurs*; 18 (16): 2301-2310.
139. Nijkamp, M., Kenens C., Dijker A., Ruiter R., Hiddema F., Nuijts R. (2004) Determinants of surgery related anxiety in cataract patients. *British journal of ophthalmology*; 88 (10): 1310-1314.
140. Rosén, S., Svensson M., Nilsson U. (2008) Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of perianesthesia nursing*; 23 (4): 237-246.
141. Aykent, R., Kocamanoğlu İ.S., Üstün E., Ayla T., Şahİnoğlu H. (2007) Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Turkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*; 5 (1): 7-13.
142. Mitsonis, C.I., Mitropoulos P.A., Dimopoulos N.P., Mitsonis M.I., Andriotis N.M., Gitsa O.E. ve diğerleri. (2006) Anxiety and depression in cataract surgery: a pilot study in the elderly. *Psychol Rep*; 99 (1): 257-265.
143. Foggitt, P.S. (2001) Anxiety in cataract surgery: pilot study. *J Cataract Refract Surg*; 27 (10): 1651-1655.
144. Nakao, M., Hara Y., Ishihara Y. (2016) Psychological impacts from expectation of worsening conditions and obstacles to life planning are affected by glycemic control, self-reported symptoms, and drug therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Investig*; 7 (3): 420-428.
145. Bulut, A., Bulut A. (2016) Evaluation of anxiety condition among type 1 and type 2 diabetic patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*; 12: 2573-2579.
146. Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska B., Motowidlo U., Uchmanowicz B., Chabowski M. (2016) Assessment of illness acceptance by patients with COPD and

the prevalence of depression and anxiety in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*; 11: 963-970.

147. Esteghamat, S.S., Moghaddami S., Esteghamat S.S., Kazemi H., Kolivand P.H., Gorji A. (2014) The course of anxiety and depression in surgical and non-surgical patients. *Int J Psychiatry Clin Pract*; 18 (1): 16-20.

148. O'malley, T.P., Jr., Newmark T.S., Rothman M.I., Strassman H.D. (1989) Emotional aspects of cataract surgery. *Int J Psychiatry Med*; 19 (1): 85-89.

149. Bassett, K., Smith S.W., Cardiff K., Bergman K., Aghajanian J., Somogyi E. (2007) Nurse anaesthetic care during cataract surgery: a comparative quality assurance study. *Can J Ophthalmol*; 42 (5): 689-694.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Kübra Oymağaçlıo
Doğum Yeri : Kayseri/Melikgazi
Medeni Hali : Bekar
Uyruğu : T.C.
Adres : Petrol İş Mah. Kumru Sok. Emek Ap. No: 1 Kartal/
İSTANBUL
Tel : 05536034010
Faks : -
E-mail : kubraoymaagaclio@gmail.com

Eğitim

Lise : Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi/Hemşirelik Bölümü
(2007-2011)
Lisans : Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (2011-2015)
Yüksek Lisans : Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi
Hastalıkları Hemşireliği ABD (2015-2017)

İş deneyimi

: Yavuz Selim Devlet Hastanesi/Stajyer Hemşire (2009-2010)
: Koşuyolu Kalp Ve Damar Hastalıkları Eğitim Araştırma
Hastanesi/Stajyer Hemşire (2010-2011)
: Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi/Cerrahi Servis
Hemşiresi (2011-2014)
: Umut Hastanesi/Yeni Doğan Yoğun Bakım Hemşiresi (2014-
2014)
: Dünyagöz Hastanesi/Tetkik Hemşiresi (2015- Halen)

EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

./../20..

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Kübra OYMAAĞAÇLIO tarafından yürütülen "Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahibsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** sorular yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmaya İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: bu çalışmanın amacı katarakt ameliyatı planlanan hastaların kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.
- Araştırmanın İçeriği: Araştırmanın evrenini, Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında belirtilen merkezlere başvurmuş, katarakt tanısı almış ve opere olacak hastalar oluşturacaktır. Araştırmanın örneklemini, Ekim 2016- Mart 2017 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve operasyon planlanan tüm katarakt hastaları oluşturacaktır.

Araştırma Özel Dünya Göz Hastaneleri Pendik ve Sultanbeyli Tıp Merkezlerinde Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında yapılması planlanmıştır.

Hastalara sorulacak olan sosyal ve demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence, ekonomik durum, kimlerle yaşadığı, sigara kullanımı, mevcut kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar) sorgulayan 11 soru, katarakta yönelik (katarakt hakkında bilgi sahibi olma, bilgi edinme kaynağı, daha önceden katarakt operasyonu geçirme, ailede katarakt operasyonu geçiren bireyin varlığı, katarakt operasyonu hakkında aldığı bilgi yeterli bulma düzeyi ve katarakt hastalığının ne kadar süredir var olduğunu) sorgulayan 7 soru, kaygıya yönelik (önceki cerrahi deneyimleri, operasyona yönelik kaygı yaşama durumu ve sebebi) sorgulayan 3 soru bulunmaktadır. Sorular literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda toplamda 21 adet soru bulunmaktadır.

- Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana,**

çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Ek-2. Veri toplama formu

Anket No:

Merhaba;

Maltepe üniversitesi cerrahi hastalıkları hemşireliği tezli yüksek lisans bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Hastanemizde yapmakta olduğumuz bu çalışma ile katarakt ameliyatı olan hastaların operasyon öncesi kaygı düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörleri incelemek istemekteyiz. Çalışmamızda kimlik bilgileriniz bilgi formumuzda olmamakla birlikte araştırmamızda yer almayacaktır. Çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esastır.

Kübra Oymağaçlıo

1. Yaş:

2. Cinsiyetiniz: a) Bayan b) Erkek

3. Medeni Durumunuz: a) Evli b) Bekâr

4. Eğitim düzeyiniz: a) Okuma yazma bilmiyor b) İlkokul c) Ortaokul
d) Lise e) Üniversite

5. Mesleğiniz: a) Memur b) Serbest c) İşçi
d) Çalışmıyor e) Emekli

6. Sosyal Güvenceniz a) SSK b) Özel sigorta c) Ücretli muayene

7. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime eşit
c) Gelirim giderimden fazla

8. Kronik bir hastalığınız var mı? (Örneğin; diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği gibi...)

a) Evet (yazınız)..... b) Hayır

9. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

a) Evet (yazınız)..... b) Hayır

10. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet, günde.....adet/paket,ay/yıldır b)Hayır

11. Katarakt hakkında bilgi sahibi oldunuz mu?

a) Evet b)Hayır

(11.soruya cevabınız evet ise 12.soruyu da cevaplayınız)

12. Katarakt hakkında bilgiyi nereden edindiniz?

a) Kitle iletişim araçlarından b) Arkadaşlarımdan
c) Doktor d) Hemşire e) Diğer.....

13. Ameliyat hakkında aldığınız bu bilgiyi yeterli buldunuz mu?

a)Evet b) Hayır c) Kısmen

14. Daha önce katarakt ameliyatı oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

15. Ailenizde katarakt ameliyatı olan var mı?

- a) Evet b) Hayır

16. Katarakt şikâyetiniz ne zamandan beri mevcut?

- a) 0-6 ay b) 6 ay-1 yıl c) 1-5 yıl d) 5 yıldan daha önce

17. Daha önce cerrahi bir deneyiminiz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

18. Operasyona ilişkin kaygı yaşıyor musunuz ?

- a) Evet b) Hayır

Çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz...😊

Ek-3. Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

STAI FORM TX-1

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

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Durumluk Kaygı Puanı:

STAI FORM TX-2

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

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlanm.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü 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. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı:

Ek-4. Etik Kurul Onay Belgesi

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU

İstanbul 26.08.2016

SAYI:
KONU: Kübra OYMAAĞAÇLIO

T.C.

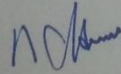
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 23.08.2016 tarih ve 37387824-302.08.01-60 sayılı yazınız ve ekleri.

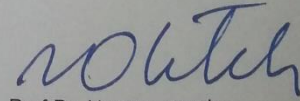
İlgi yazı ekinde sunulan Enstitünüzün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Kübra OYMAAĞAÇLIO'nun Etik Kurul tarafından incelenmesi amacıyla gönderdiği "Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu çalışma önerisi ve ölçekleri T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 26.08.2016 tarihinde incelenmiş ve T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Yönergesi'nin 6. Maddesi çerçevesinde belirtilen etik hususlara uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz/rica ederim.

Prof.Dr. Aytekin BERKMAN
Etik Kurul Başkanı

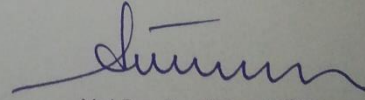


Prof.Dr. Necla ÖZTÜRK
Etik Kurul Başkan Vekili



Prof.Dr. Nurgün OKTİK
Üye

Yrd.Doç.Dr. Zeynep KARAER GÜÇLÜ
Üye



Yrd.Doç.Dr. Abbas DÜNDAR
Üye

Ek-5. Çalışılan Kurum İzin Belgesi



SAYI: 37387824-302.08.01-78

İstanbul, 18.10.2016

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' NE;

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında tez danışmanlığını Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ 'in yürüttüğü 15 15 02 105 numaralı öğrenciniz Kübra OYMAAĞAÇLIO "Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu araştırmasını yürütmek amacı ile kurumumuza başvuru yapmıştır.

Adı geçen öğrencinizin, Dünya Göz Hastaneleri Pendik ve Sultanbeyli şubelerinde araştırmasını yapmasında sakınca yoktur. Bilgilerinize arz/rica ederim.

Sibel Asnılıoğlu
SİBEL ASNILIOĞLU
Hasta Bakım Hrz. Direktörü

Kübra OYMAAĞAÇLIO

Adres: Petrol-iş mah. Kumru sok.

Emek ap. No:1/21 Kartal/ İSTANBUL

Tel: 05536034010

444 4 469 | www.dunyagoz.com

DÜNYA GÖZ SAĞLIĞI MERKEZİ SAĞLIK HİZMETLERİ SANAYİ TİCARET A.Ş.
ÖZEL DÜNYA GÖZ TIP MERKEZİ PENDİK - Doğu mahallesi Ortanca sokak No:79 PK. 34890 - PENDİK / İSTANBUL
Anadolu Kurumlar V.D.: 322 016 3963 Ticaret Sicil No.: 455995

