

**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AMELİYAT ÖNCESİ EĞİTİM YAPILAN KATARAKT  
HASTALARI İLE EĞİTİM YAPILMAYAN KATARAKT  
HASTALARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Mülkiye OKYAY**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN**

**İSTANBUL, 2018**



**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AMELİYAT ÖNCESİ EĞİTİM YAPILAN KATARAKT  
HASTALARI İLE EĞİTİM YAPILMAYAN KATARAKT  
HASTALARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Mülkiye OKYAY**

**152038074**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN**

**İSTANBUL, 2018**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Mülkiye Okyay

Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik

Danışman : Prof.Dr.Birsen Yürügen

Öğrenci No : 152038074

Tez Savunma Tarihi : 28.02.2018

Tez Savunma Saati :14.00

**Tez Konusu** : "Ameliyat Önce Eğitim Yapılan Katarakt Hastaları ile Eğitim Yapılmayan Katarakt Hastalarının Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması"

**TEZ SAVUNMA SINAVI**, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Birsen Yürügen	Kabul	B. Yürügen
Yrd. Doç.Dr. Elçin Babaoğlu	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Hatice Sermin Timlioğlu İper	Kabul	
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. İlknur Çalışkan		

## ÖZET

Bu çalışma, göz kliniğinde ameliyat öncesi eğitim yapılan katarakt ameliyatı olacak hastalar ile eğitim yapılmayan hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması, amacıyla yapılmış vaka-kontrol tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın evreni Mayıs 2017–Ağustos 2017 tarihleri arasında İstanbul'un Avrupa yakasında bulunan bir hizmet hastanesinde yatan, 114 katarakt hastası, örneklem grubunu ise katarakt ameliyatı olması için göz servisine yatan, çalışmaya katılmayı kabul eden, bilişsel, duyuşsal ve sözel iletişim kurmayı engelleyen bir sorunu olmayan, 18-75 yaş ve üzeri, çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalar ve bu hastaların yarısı ise kontrol grubunu oluşturdu.

Veri toplama süreci, demografik verileri içeren bilgi formu hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulama süresi yaklaşık 20-25 dakika olarak gerçekleştirildi. Ameliyat öncesi eğitim verilecek grup için ameliyattan önce hasta hastaneye yattığı gün eğitim verildi. Ameliyat öncesi eğitim verilecek grup için ameliyattan önce hasta hastaneye yattığı gün eğitim verilmesi, ameliyattan 6 saat sonra STAI FORM TX – I ve STAI FORM TX – 2 Ölçeği hem eğitim yapılan hem de eğitim yapılmayan hastalara uygulandı. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, SPSS ( Statistical Packages for the Social Sciences) 20,0 paket programı kullanılarak elde edilmiştir. Sayı ve yüzde olarak değer verilmesi, verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (Frekans, yüzdeler dağılım) ve niteliksel verilerin gruplar arası dağılımlarını kıyaslamada ki-kare kullanıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Katarakt, Anksiyete, Katarakt cerrahisi, Eğitim

## **ABSTRACT**

### **COMPARISON OF ANXIETY LEVELS IN CATARACT PATIENTS WHO RECEIVED PRE-OPERATIONAL TRAINING AND WHO DID NOT**

This is a case-control type study which aimed to compare the anxiety levels of two groups of cataract patients who would be operated. The first group consisted of patients who had received pre-operative training at an eye clinic and the second group consisted of patients who had received no training.

The population of the study consisted of 114 cataract patients who stayed at a government hospital located in the European site of Istanbul between May 2017 and August 2017. The sample group consisted of the in-patients of eye clinic of the same hospital who had no cognitive, sensory problems or any other that might hinder oral communication, agreed to participate the study voluntarily and were in the age range of 18-75 years or above 75. Half of these patients were selected as the control group.

Data collection was carried out through face-to-face interviews which lasted 20-25 minutes using an information form providing demographic data about each patient. Preoperative training was given to the first group on the day of admission to the hospital. STAI FORM TX – I and STAI FORM TX – 2 scales were administered to both groups 6 hours after the surgery. The collected data were analyzed using SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) 20.0 software package. Descriptive statistical methods (frequency, percentage distribution) were used to assign numerical and percentage values and evaluate data, and chi-square analysis was used to compare the distribution of qualitative data between groups.

**Keywords:** Cataract, Anxiety, Cataract surgery, Training

## ÖNSÖZ

Bu çalışma, ameliyat öncesi eğitim yapılan katarakt ameliyatı olacak hastalar ile eğitim yapılmayan hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapıldı.

Bu çalışmada, değerli bilgilerini benden esirgemeyen, sabırla, engin hoşgörüsü ile tezimin her aşamasında bana yol gösteren, beni her zaman değerli düşünceleri ile motive eden çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN' e en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgileri ile bizlere destek olan hocalarımdan, Yard. Doç. Dr. Gülzade UYSAL, Yard. Doç. Dr. Kerime BEYDAĞ' a, Yard. Doç. Dr. Funda ŞENSOY' a ve Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Enstitü sekreterimiz Şebnem Sevtap CANVER' e çok teşekkür ederim.

İstanbul Eyüp Sultan Devlet Hastanesi göz hekimlerimizden, canım ağabeyim Op. Dr. İsmail Merih YILMAZ' a ve değerli dostum Op. Dr. Vildan BALİOĞLU' na, ameliyathane hemşiresi arkadaşlarıma, eğitimim konusunda beni her zaman destekleyen ve sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen canım annem Zülfiye OKYAY' a ve canım babam Mehmet Reşat OKYAY' a sonsuz saygı ve sevgilerimi sunar çok teşekkür ederim.

Saygılarımla  
Mülkiye OKYAY

## BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Mülkiye OKYAY

25.01.2018





# İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1.GİRİŞ.....	2
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Katarakt Cerrahisinin Tarihçesi.....	5
2.2. Katarakt.....	7
2.3. Lens.....	8
2.4. Katarakt Tanısında Kullanılan Testler.....	11
2.5. Katarakt Çeşitleri.....	13
2.5.1. Senil Kataraktlar.....	14
2.5.1.1. Nükleer (Çekirdek) Kataraktlar.....	16
2.5.1.2. Kortikal (Kabuk) Kataraktlar.....	16
2.5.1.3 Arka Subkapsüler Kataraktlar.....	17
2.5.2. Mikst.....	17

2.5.3. Presenil Katarakt.....	17
2.5.4. Konjenital katarakt.....	18
2.5.5. Travmatik katarakt.....	18
2.5.6. Göz içi hastalıklarla ilişkili katarakt.....	18
2.5.7. Sistemik hastalıklarla ilişkili katarakt.....	18
2.6. Katarakt Tedavisi.....	19
2.7. Katarakt Cerrahisi .....	19
2.7.1. İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (İKKE).....	20
2.7.2. Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (EKKE).....	20
2.7.3. Fakoemülsifikasyon.....	20
2.8. Anksiyete.....	21
2.8.1. Anksiyetenin Tanımı.....	21
2.8.2. Anksiyetenin Tarihçesi.....	23
2.8.3. Anksiyete Belirtileri.....	23
2.8.3.1. Bilişsel belirtiler .....	24
2.8.3.2. Duygusal belirtiler .....	24
2.8.3.3. Davranışsal belirtiler .....	24
2.8.3.4. Fizyolojik belirtiler.....	25
2.8.4. Anksiyete Tipleri.....	25
2.8.5. Ameliyat Öncesi Anksiyete.....	26

<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1. Araştırmanın Amacı.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....</b>	<b>29</b>
<b>3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....</b>	<b>30</b>
<b>3.5. Araştırmanın Soruları.....</b>	<b>32</b>
<b>3.6. Eğitim Planı.....</b>	<b>32</b>
<b>3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>34</b>
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1. Tablo 1. Katarakt Hastalarının Tanıtıcı Özellik Bulguları.....</b>	<b>35</b>
<b>4.2. Tablo 2. Katarakt Hastalarının Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özellikleri Bulguları.....</b>	<b>37</b>
<b>4.3. Tablo 3. Katarakt Hastalarının Sigara İçmeye İlişkin Bulguları.....</b>	<b>39</b>
<b>4.4. Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Durumluluk-Süreklilik Kaygı Puanlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulguları.....</b>	<b>40</b>
<b>4.5. Tablo 5. Hastaların Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Hasta Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması Bulguları.....</b>	<b>41</b>
<b>4.6. Tablo 6. Katarakt Hastalarının Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Hastanın Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması Bulguları.....</b>	<b>43</b>
<b>4.7. Tablo 7. Katarakt hastalarının Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Kataraktla İlgili Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması Bulguları.....</b>	<b>45</b>
<b>4.8. Tablo 8. Katarakt Hastalarının Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Kataraktla İlgili Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması Bulguları.....</b>	<b>47</b>

<b>4.9. Tablo 9. Katarakt Hastalarının Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması Bulguları.....</b>	<b>49</b>
<b>4.10. Tablo 10. Katarakt Hastalarının Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması Bulguları.....</b>	<b>50</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>51</b>
<b>5.1 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Durumluluk-Süreklilik Kaygı Puanlarının Ortalamaları.....</b>	<b>51</b>
<b>5.2. Hastaların Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özellikleri.....</b>	<b>53</b>
<b>5.3 Hastaların Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özellikleri .....</b>	<b>54</b>
<b>5.4. Hastaların Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Kataraktla İlgili Tanıtıcı Özellikleri.....</b>	<b>56</b>
<b>5.5. Hastaların Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri.....</b>	<b>58</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>59</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>61</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>76</b>
<b>EK-1 Veri Toplama Formu.....</b>	<b>76</b>
<b>EK-2 STAI FORM TX-1.....</b>	<b>77</b>
<b>EK-3 STAI FORM TX-2.....</b>	<b>78</b>

<b>EK-4 Etik Kurul Onayı .....</b>	<b>79</b>
<b>EK-5 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu.....</b>	<b>80</b>
<b>EK-6 Veri Toplama Formu İzin Yazısı.....</b>	<b>81</b>
<b>EK-7 Kamu Hastaneleri Birliği İzin Onayı.....</b>	<b>82</b>
<b>EK-8 Özgeçmiş.....</b>	<b>83</b>

## TABLolar LİSTESİ

### SAYFA NO

<b>Tablo 1. Katarakt Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri.....</b>	<b>32</b>
<b>Tablo 2. Katarakt Hastalarının Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özellikleri.....</b>	<b>34</b>
<b>Tablo 3. Katarakt Hastalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri.....</b>	<b>36</b>
<b>Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Durumluluk-Süreklilik Kaygı Puanlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 5. Hastaların Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Hasta Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması.....</b>	<b>38</b>
<b>Tablo 6. Katarakt Hastalarının Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Hastanın Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması.....</b>	<b>40</b>
<b>Tablo 7. Katarakt Hastalarının Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Kataraktla İlgili Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması.....</b>	<b>42</b>
<b>Tablo 8. Katarakt Hastalarının Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Kataraktla İlgili Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması.....</b>	<b>44</b>
<b>Tablo 9. Katarakt Hastalarının Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması.....</b>	<b>46</b>
<b>Tablo 10. Katarakt Hastalarının Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması.....</b>	<b>47</b>

## KISALTMALAR

<b>M.Ö:</b>	Milattan Önce
<b>M.S:</b>	Milattan Sonra
<b>WHO:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>mm:</b>	Milimetre
<b>RNA:</b>	Ribo Nükleik Asit
<b>DNA:</b>	Deoksiribo Nükleik Asit
<b>DR:</b>	Diyabetik Retinopati
<b>UV:</b>	Ultraviole
<b>GİL:</b>	Göz içi Lens
<b>İKKE:</b>	İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
<b>EKKE:</b>	Ektrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
<b>FAKO:</b>	Fakoemülsifikasyon

# 1. GİRİŞ

Katarakt dünyada ve ülkemizde önlenebilir körlük sebepleri arasında en ön sırada yer almaktadır. Gelişen teknolojik yöntemleri yakından izleyen katarakt cerrahisi ve Sosyoekonomik boyutlar sebebiyle de katarakt güncel bir konu durumundadır. Katarakt ameliyatında kesifleşmiş anatomik lens cerrahi yöntemlerle çıkarılıp değiştirilir (1).

Göz merceğinin saydamlığını yitirmesi, görme netliğinin azalmasına sebep olarak bulanık görmeye yol açar. Görme fonksiyonun azalması insan yaşamını oldukça olumsuz etkilemektedir (2).

Göz merceğinin saydamlığını yitirerek, görmenin azalması katarakt ile karakterizedir. İrisin arkasında bulunan göz merceğinin görme duyumuzda çok önemli bir rolü vardır. En önemli duyularımızdan biridir görme. Beyine beş duyumuz ile iletilen bilgilerin yarısını görme organımız oluşturur (3).

Hastaneye yatmak ve hasta olmak insanların yaşamını birçok yönden olumsuz etkiler, hastaların endişelerinin ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olur (16). Benzer hastalıkla karşılaşanlar, durumları hakkında farklı tepkiler gösterebilirler ve farklı görüşlere sahip olabilir (4). Elektif operasyon uygulanacak birçok hasta anksiyete tanımlar ve bu beklenen bir cevap olarak kabul edilir (6).

Anksiyete sempatik, parasempatik ve endokrin stimülasyon sonucunda oluşan hipertansiyon ve taşikardi gibi anormal hemodinamik göstergelerle ilişkili olabilen, huzursuzluk ve gerginlik şeklindeki hoş olmayan bir durum olarak tanımlanmıştır (5). Parasempatik, sempatik ve hormonal, sistemlerinin çalışmasındaki değişikliklerin sonucu olarak ortaya çıkarlar. Parasempatik sistemle ilgili olarak, çaresizliği ve çözüm bulmakta güçlüğü gösterir. Sempatik sistemin ise nabız, tansiyon, solunum sayısında artma olarak kendini gösterir (94,104). Anksiyete yaşamı tehdit eden veya tehdit şeklinde algılanan rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur (6,15).



Planlı ameliyat öncesi hastalara verilecek eğitim ve bakım, hastaları ruhsal ve fiziksel olarak ameliyata hazırlar. Hastanede hastaya bakımı sağlayacak en uygun kişi hemşirelerdir. Ameliyat öncesinde hemşirelik bakımı, fizyolojik, psikolojik ve hasta eğitimi ile yapılır. Hastaların kaygı yaşamasına neden olabilecek etmenlerin dikkate alınması bakımı etkin kılacaktır (7). Ameliyat öncesi dönemde anksiyetenin giderilmesine yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde, hastanın anksiyete düzeyi ile anksiyete nedenlerinin belirlenmesi önemlidir (17). Hastaneye yatmak, cerrahi girişim işlemleri için hazırlık aşamasında beklemek, ameliyatın hasta için anlam taşıması, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşanabilecek olası durumlara karşı hastanın bilgi eksikliği, ameliyat sonucunda olası olumsuz sonuçlar, ameliyata ait ağrı, kontrol kaybı, aileden uzak bir çevreden bulunmak, günlük işlerin kesintiye uğraması ve diğer tıbbi uygulamalar hastalar için anksiyete sebepleri arasında yer almaktadır (16, 148, 149).

Hastalara ameliyat olacağını bildirmek, hastalar için stresli bir deneyimdir (14) Hastanın enerjisini anksiyete ile baş etmek için kullanması iyileşme sürecini uzatabilmektedir. Özellikle lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastalarda farkındalık olduğundan daha yoğun korku ve endişeye sebep olmaktadır. Hissedilen korku ve endişe hastada hiperventilasyon, taşikardi, panik atak ve hipertansiyon gibi sonuçlara neden olmaktadır. Hastalar ameliyat anında kooperasyonunu kaybedebileceği için, istemsiz hareketler yapabilmekte ve buna bağlı komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (8,9). Literatür taramalarından elde edilen bilgilere göre, lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastanın hareketsiz yatması, cerrahın rahat çalışmasının sağlanması hastalara yapılan işlemin ne olduğu, niçin yapıldığı konularında bilgi verildiğinde, anksiyete düzeylerinde azalmalar gözlenmiştir. Grieve ve arkadaşlarına göre hastanede yatan ve özellikle cerrahi girişimde bulunulacak hastalarda anksiyete gelişir (10, 11, 12). Bir çalışmada, en yüksek anksiyete düzeyine sahip olanların, işleme ilk kez girenler, genç hastalar ve kadınlar olduğu bildirilmiştir (13).

Ameliyat öncesi bakım ve eğitimin amacı, hastaları fiziksel ve ruhsal yönden ameliyata hazırlamaktır. Hastane ortamında hemşire hasta ile yakınlığı sebebiyle bakım ve eğitimi verebilecek en uygun kişidir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların stres ve endişe yaşamasına sebep olan birçok özelliğinin dikkate alınması bakımı daha etkin kılacaktır. Bu doğrultuda ameliyat öncesi eğitim yapılan katarakt hastalarının anksiyete düzeylerinin azalmasını sağlayabilmektedir.

Bu alışma, katarakt tanısı ile göz kliniğine yatan ve katarakt ameliyatı planlanan hastaların, ameliyat öncesinde eğitim verilen ve eğitim verilmeyen hastaların, ameliyattan sonra anksiyete düzeylerinin karşılaştırıp değerlendirilmesi ve eğitimin hastalarda görülen anksiyete düzeyleri üzerine etkisinin araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Katarakt Cerrahisinin Tarihçesi

Katarakt cerrahisinin tarihçesi en az 3000 yıl öncesine kadar uzanmaktadır. Çok eski çağlarda ve ortaçağ süresince, lensin vitreus içine bastırılması esasına dayanılarak, ucu ok veya mızrak şeklinde özel iğnelerle kornea ya da skleradan girilerek lensin ön yüzü yukarı geçecek şekilde arkaya itilir ve vitreus içine düşmesi sağlanırdı. Bu ameliyatlara Couching operasyonu olarak isimlendirildi. Bu operasyonlardan sonra gözün kaybına kadar giden çok ciddi komplikasyonlar görüldüğü için, bu işi yapan kişiler gittikleri yerlere tekrar gitmezler, farklı bölgelere giderek faaliyetlerini devam ettirirlerdi. Bu işi yapan kişilere kırılma ismi konulmuştu. Yunanistan yakınlarında ki Cos ve Samos adalarında M.Ö. 2000 yıllarında Couching operasyonlarında kullanıldığı tespit edilen bronz aletler keşif edilmiştir (19).

Dünyada yazılmış ilk kanun yazılarında Babil Kralı Hammurabi, Couching Metodu ile katarakt ameliyatı yapan kimseler için verilen cezalardan ve ödenen ameliyat ücretlerinden bahsetmiştir (20).

Katarakt operasyonu ile ilgili ilk kesin kayıtlara, eski Hint tıbbında Sustura'nın Samhita kitabındaki yazılarında rastlanmıştır. Sustura yazılarında gözün fizyolojisi, anatomisi ve patolojisi hakkında sistemik bilgiler yazmıştır. Katarakt tiplerini tarif etmiş, Couching operasyonları ve postoperatif tedaviler hakkında doğru bilgiler aktarmıştır. Sustura'nın Samhita kitabı Arapça'ya tercüme edilmiş ve ancak 8. Asırda tamamlanabilmiştir (21, 24, 25).

İranlı hekimler Ali Abas (994) ve Abulkasim (1110) Couching metodu kullanılarak delik bir iğne ile kataraktın emilerek alınmasını son derece tehlikeli bulmuşlardır. Avrupa 'da ise doğunun ustalıklı uyguladığı bu ameliyat metotları 17. asra kadar yapılmıştır. İsveçli cerrahlar Freytag (1738) ve Lotterius, 17.asırda Couching metodu ile lensi ön kamaraya getirip, kornea kesisi ile lensi dışarı çıkarma yöntemini uygulamıştır. Antoine Maitre-Jan (1650) Fransız oftalmolojisinin babası olarak bilinen bilim adamı kataraktın ince bir membran değil, büyük yuvarlak bir cisim olduğunu

bildirmiştir. Brisseau (1696-1743) ölen askerlerin gözlerindeki lensi Couching metodu yaparak katarakt hakkında ilk gerçek bilgileri vermiştir. Katarakt, lens önünde bir tümör olarak bilinmekte iken, Brisseau çalışmasında, aslında lensin yoğunlaşmasının olduğu ve lensin çıkarılmasının tedavide en emin yol olduğunu kanıtlamıştır. Fransız Pelit ve Saint Yves katarakt ameliyatında lensi dışarı çıkarma yolunu deneyen ilk hekimlerdir. 1748 yılında Jacques Daviel (1696-1762) lensi dışarı çıkarma ameliyatını bir metot haline getirmiş bu metodu geliştirerek 115 hastayı ameliyat etmiş ve 100 hastada başarı göstermiş ve göz cerrahisi yeni bir döneme geçiş sağlamıştır (22, 23).

Samuel Sharp 1753 Londra'da, kataraktlı lensi dışarı alınabilmesi için başparmağı ile gereken basıncı uygulamıştır. IKKE ve EKKE' den bahsedilebilir (26).

Katarakt ameliyatlarında göz içine lens yerleştirme metodu M.Ö 2. Yüzyıla dayansa bile, aslında İngiliz savaş pilotları I. Dünya Savaşı esnasında travma sonrası göze giren pleksiglass maddesine karşı bir reaksiyon vermediği gözlenmiş, pleksiglass maddesinden yapılan göz içi lensler yapılmıştır. Ridley 1949'da kataraktlı bir göze pleksiglass maddesinden yapılan bir lens yerleştirmiş ve oftalmojide yeni bir dönem başlatmıştır.

1967 yılında Kelman ilk kez kataraktlı lensi almak için, küçük bir kesi ile göz içine girerek, ultrasonik uçla lensi parçalayarak aspire etmiş ve fakoemülsifikasyon uygulamıştır. Bu uygulama da, ileri derecede endotel hücre kaybı olduğu görülmüş, Kelman'ın uygulaması birtakım meslektaşları tarafından karşıt ve şüpheli eleştirilerle karşılanmıştır (26, 28, 29).

1980'de viskoelastik maddeler kullanılmaya başlanmış, 1984'de katlanabilir lensler, 1989'da sütürsüz küçük bir insizyon ile göz içine girilen teknikler geliştirilmiştir. Tüm dünyada Fakoemülsifikasyon yöntemiyle, katarakt cerrahisi yaygınlaşmakta ise de; planlanmış ekstra kapsüller katarakt ekstraksiyonu güncel olarak kullanılmaktadır (29, 30, 31).

Son 20-30 yıldır gerek fakoemülsifikasyon cihazlarının çok geliştirilmesi, bu cerrahinin lazer yöntemleri ile birlikte kullanılması, gerekse GİL teknolojisindeki büyük ilerlemeler bu yöntemin rutin hale gelmesini sağlamıştır.

Katarakt cerrahisi son yıllarda oldukça büyük ilerlemeler kaydederek, cerrahi işlemler arasında sonuçları en başarılı ameliyatlar arasına girmiştir.

## 2.2. Katarakt

22-26 mm çapında bir küre olan gözlerimizin çok az bir kısmı, yaklaşık 1/5'i dışarıdan görünür. Göz küresi, göz çukurunun (orbita) kemikleri tarafından çevrelenmektedir. Gözler, göz kapakları ile dış etkenlerden korunurlar. Kapakların kırpma refleksi gözleri dış etkenlerden korur. Kapaklardan başka gözyaşı bezleri (grandula lakrimas) ve onun drenaj sistemleri (nazolakrimal sistem), orbita içindeki diğer oluşumlar ve kirpikler gözün yardımcı organlarını oluştururlar. Gözün; Beyaz sklera tabakasının tam ortasında saat camı şeklinde **kornea** tabakası bulunur. Orta tabakayı teşkil eden uvea 3 bölümden oluşmuştur: önde gözün rengini veren **iris**, ortada **corpus ciliare**, geride ise gözün büyük bir bölümün beslenmesini sağlayan **koroidea** yer alır. En iç tabaka da ise görme fonksiyonun başlangıcını meydana getiren retina vardır. Skleranın ön kısmı ve kapakların arka yüzünü konjonktiva adındaki 2 katlı saydam, sümüksü bir zar sarar. Kornea ile iris arasında 2,5 mm. derinliğinde içi aköz hümör adındaki saydam sıvı ile dolu ön kamara, iris ile lens adını verdiğimiz göz içi merceği arasında yine aköz hümör ile dolu arka kamara adındaki odacıklar mevcuttur. Lensin arkasındaki saydam vitreus gözün 3/4' ünü doldurur, küreye şeklini verir. En arkada, retinadaki görmeyi beyine iletecek olan optik sinir başı bulunur. 60'lı yaşlardan sonra lens saydamlığını kaybetmektedir. İrisin arkasında yer alan lens, göze gelen ışığı, sinir tabakasındaki alıcı hücreler üzerinde odaklar. Lensin ışık geçirgenliğinin azalması ve kesifleşmesi sonucu görüntü alıcı hücrelere ulaşmaz ve görme azalır (33).

Katarakt, Latince “cataracta” ve Yunanca “katarraktes” kelimelerinden türemiş olup, demir parmaklık ve şelale anlamına gelmektedir (32). Şelale anlamına gelen katarakt kelimesi ilk kez MS. 1018 yılında adı bilinmeyen Arap Oküllist ve Constantinus Africanus adlı bir keşiş tarafından kullanılmıştır (34).

Katarakt dünyada körlüğün en önemli sebeplerindendir. Dünya nüfusunda 161 milyon kişide görme bozukluğu olduğu ve bunların yaklaşık 37 milyon kişinin kör olduğu Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre tahmin edilmektedir (35). Dünya

genelinde yaşı sayısı oranı artmaktadır. 2020 yılında kataraktın sebep olduğu kör insan sayısının 40 milyona ulaşacağını Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bildirmektedir. Katarakt da tek tedavi yöntemi cerrahidir. Bu bilgiler doğrultusunda katarakt cerrahisinde sayının üç katına çıkması anlamına gelmektedir (36).

### 2.3. Lens

İnsan lensi mercimek büyüklüğünde korneadan sonra kırma gücü en fazla olan gözün en kırıcı ortamıdır. Elastik ve bağ dokusundan yapılmış, bikonveks şekillidir. Gelişimi devam ettiren insan vücudundaki tek yapıdır. Arka yüzüne göre ön yüzü daha düzdür. İki tepe noktası vardır. **Ön kutup** ön yüzün en tepe noktasına, **arka kutup** arka yüzün en tepe noktasına denir. Ön ve arka yüzün birleşim yerine lensin **ekvatoru** denir (37).

Lensin, 8,8 mm ile 9,2 mm arasında çapı vardır. Ekvator aksıyla kutup aksı birbirine diktir. Ön yüzde ortada pupilla, kenarlarda iris ile arka yüzde vitreus ile komşudur. Hümör aköz sıvısı içindedir. Arka kamarada zonül fibrilleriyle lens bulunduğu ortama asılmıştır. Lensi saran ve koruyan, kapsül dıştaki fibrilleri ve yapısal elamanları epitel hücreler olan, elastik, şeffaf bazal bir zarıdır. Devamlı kalınlaşması, insan vücudundaki diğer bazal zarlardan farklıdır. Bazal zar olarak insan vücudundaki en kalın zarıdır. Lens epitelini, lensin ön yüzünü saran ön kapsül oluşturur. Bu epitel hücrelerin uzantıları ise arka kapsülü oluşturur. Olgun insanda ön kapsül 14 mikron iken doğum anında 8 mikrondur. Arka kapsül insan hayatı boyunca 4 mikrondur. Kapsül kalınlığı ekvator bölgesinde 17 mikron, arka yüzün ekvatora yakın kısmı 23 mikrondur (38).

Lens; embriyolojik olarak ektodermal kökenli olup, histolojik olarak kapsül, epitel ve liflerden (fibrillerden) oluşmuştur.

Saydam olan **kapsül**, lensi tamamen çevreler. Lensin her tarafında kapsülün kalınlığı aynı değildir. Ekvator arasında, ön arka kutuplarda kalınlık (15 mm), arkada ise incedir (5mm). Kapsülün üstünde ekvatorunda, **zonüler lamel** isimli bir kat vardır (38).

**Epitel**, ön kapsülün altında lens epiteli yerini alır. Lens liflerini tüm yaşam boyunca epitel oluşturur. Lens hacminin aynı oranda artmaması su kaybıyla sağlanır. Bu

sebepten dolayı gençlerin lenslerine göre yaşlıların lensleri daha serttir. Epitel hücreleri tek katlı olarak ön kutupta küp şeklinde sıralanmıştır. Ekvatora doğru yaklaşırken uzarlar ve mitozlar çekirdeklerinde çoğalır (38).

**Liflerin** en yaşlıları ortada, en gençleri yüzeyde bulunur. Yüzeyde bulunan genç liflerin çekirdekleri, sitoplâzmaları, hücre sınırları belirgin, kesitleri ise altıgendir. Merkezde bulunan lifler amorf bir maddeye dönüşür ve bu liflerin çekirdekleri ve sitoplâzmaları kaybolur. Lens lifleri arkada ters Y harfi şeklinde, önde ise birbirlerine düz bağlanmıştır (38).

Lensin sinir uyarısı yoktur ve damarsızdır. Uyum işlevini yapması ana görevidir. Embriyonik dönemin başlarında kesifken, şeffaflaşması ise zaman içinde gerçekleşir. Kırıcılık indeksi 1.41'dir. Yaş ilerledikçe lenste değişiklikler meydana gelir. Genç yaşlarda görünen ışığın %90'ını retinaya geçerken, ileri yaşta bu oranda azalmalar olmaktadır. 10 yaşında bir çocuğun lensi %75 oranında geçirgenken, 25 yaşında bir gencin %20 oranında geçirgenliği azalır (39).

Doğumda lensin ağırlığı 65 mg civarında iken, yaşlılarda 220 mg' a kadar ulaşmaktadır. İnsan lensin de, kamaralar sıvısı ve vitre ortamına göre %65'i su bulunur. Bu oran lensin kırıcılığının yüksek olmasını sağlar. Lens de eriyen ve erimeyen olarak iki çeşit protein bulunur (%35). Alfa, beta ve gama kristalinler olarak bulunan eriyen proteinler lensin saydamlığı için oldukça önemlidir. En büyük molekül yapısına alfa kristalin sahiptir. Embriyonik lens proteini olarak da bilinen alfa kristalin doğumdan önce oluşur ve yaşam boyunca da var olur. Albüminoidler ise erimeyen proteinlerdir. Albüminoidler çekirdekte, alfa kristalin genç liflerde daha fazladır. Genç yaşlarda alfa kristalin fazla olmasına rağmen, kataraktlı ve yaşlı gözlerde albüminoidlerin daha fazla olması dikkat çekicidir. Yaşlı gözlerde alfa kristalin oranının azalması, çözünemeyen proteinleri artırır. Gamma kristalinin çok düşük ölçüde olur ve soğuk kataraktın oluşmasında büyük ölçüde rol oynar. Proteinler lensin saydamlığında oldukça önemlidir. Proteinler 24 saat içerisinde % 3 oranında yenilenirler. Lens kabuğunda çekirdeğe göre daha fazla orandadır. Protein sentezi, ribonükleik asit (RNA) ve desoksiribo nükleik asit (DNA) aracılığı ile gerçekleşmektedir. Lens kendi gereksinimine göre protein sentezi ayarlamasını yapar (42, 43).

Kamaralar sıvısı ve kan plazmasına göre daha az bulunan kalsiyum, potasyum, sodyum, klor, fosfor, glüköz, %1 aminoasit, elektrolitler, karbonhidrat, lipit ve peptidler da lensin yapısında bulunmaktadır. Sıvı alışverişini dengeleyerek lens yapısını düzenler. Lensin saydamlığı için sıvı elektrolit dengesi önemlidir. Korteks nükleusa oranla daha hidratedir. Sodyum iyonu lensin içinde aktiftir. Lens, vitreus ve çevre aköze kıyasla dehidratedir. Daha çok potasyum ve aminoasit, daha fazla klor ve sodyum içerir. İyon taşıma sistemi, Kinsey ve Reddy' in çalışmalarına dayanmaktadır. Lensin membran geçirgenliği ve aktif transportu pompa-kaçak sistemi olarak isimlendirilir. Buradaki temel, pompa sistemi varlığıyla, epitel tabakaları arasına birikmiş sodyum ve potasyum, su ve klorun diffüzyon yoluyla girip çıktığı yönündedir. Bu pompa-kaçak teorisine göre aminoasitler ve potasyum molekülleri aktif olarak epitel tarafından taşınır. Konsantrasyon gradienti ile lensin arkasına doğru difüze olur. Sodyum, konsantrasyon gradienti ile lensin arka yüzünden geçerek, önde epitel tarafından potasyum ile değiştirilir. Potasyum lensin ön bölgesinde, sodyum ise lensin arka bölgesinde bulunması bu sistemi desteklemektedir. (40, 41).

Enerji üretimi lenste büyük oranda glikoz metabolizması ile oluşmaktadır. Hümör aközden glikoz, kolaylaştırılmış difüzyon ve basit difüzyon ile lens içine alınır. Anaerobik glikolizden %70 enerji sağlanır. Glikozun büyük kısmıyla, heksokinaz enzimiyle Glikoz-6-fosfata lens içinde dönüşür. Heksokinaz enzimi yaşlılıkta azalır ve enerji üretimi yavaşlar. Elektrolit metabolizmasının kontrolü bunun sonucunda zorlaşır (42).

Yetişkin insan lensinin %66 oranı sudan oluşmaktadır. Bu suyun %80'ni lensin kapsülünde bulunur. Bu oran nükleusa yaklaştıkça azalır. Hücre içi suyun regülasyonu sodyum ve potasyum katyonlarına büyük ölçüde bağımlıdır. Lens epitelindeki aktif katyon transport mekanizması sodyum ve potasyum dengesi ile sağlanmaktadır. En önemli transport mekanizması sodyum pompasıdır. Potasyum (+), sodyuma (+) karşı lensteki hücre membranının da daha geçirgendir. Magnezyum ve kalsiyum da lenste dengelidir. Kalsiyum konsantrasyonunun artması lenste sitotoksik etki yaparak katarakt oluşuna sebep olabilmektedir (41, 43).



## 2.4. Katarakt Tanısında Kullanılan Testler

Kristalin lens, yaşamın devamı sırasında veya intrauterin dönemde dejeneratif değişimlere uğrayabilirler. Lensin saydamlığı kaybolabilir ve lenste opasite-yoğunlaşma meydana gelebilir. Buna **katarakt** denir. (44).

Katarakt hastaları, ağrısızdır. Birçok hasta görme kaybı sorunundan habersizdir. Hastalar şikâyetlerini genellikle, bulanık görme ve sisli görme, olarak tanımlarlar (47).

Göz hekimi, katarakt cerrahisi için bir hastayı değerlendirirken, lens opasitesinin görmedeki azalma adına birincil sebep olup olmadığını, görme kaybının derecesini ve hastanın günlük yaşam aktivitelerine etkisinin orantılarına karar vermesi esastır. Kataraktın değerlendirilmesinde ve yönetiminde:

- Lensin alınması, ameliyatı gerekli kılacak kadar yeterli fonksiyonel gelişme için gerekli mi?
- Ameliyat sonrası hastaya bakımı yapabilecek herhangi bir sorumlu kişi var mı?
- Hasta ameliyatı kaldırarak kadar sağlıklı mı?
- Lens yoğunluğu sistemik bir duruma ikincil mi, ya da başka bir hastalığının teşhis ve tedavisine engel mi? Sorularının yanıtları aranır.

Katarakt hastalarının çoğunda ameliyat elektif bir prosedür olduğunda dolayı, göz hekimi bu sorulara yanıt bulmak için hastalara yeterli zamanı tanımalıdır. Çoğu katarakt hastası hekime kendisi danışır. Klinik öyküde, hasta hangi aktivitelerinin azaldığını ya da artık yapamadığını söyler. Birçok hasta görme keskinliğinin azaldığını hekim muayenesinden sonra anlar (45). Hastanın görme fonksiyonu ve görme keskinliği değerlendirilir. Muayene de ilk görme seviyesi değerlendirilmesi yapılır. Hastanın görme seviyesinde herhangi bir azalma saptanırsa; retina, kornea ve lens değerlendirilmesine geçilir. Hastanın görme derecesinin belirlenmesi ve gerekli düzeltmenin yapılmasından sonra gözün ön segment (kapaklar, konjonktiva, kornea, iris, lens) ve arka segment (retina, koroidea) yapılarının muayenesine geçilir. **Görme**

**keskinliği**, eşellerden harf okutularak görme keskinliği değerlendirilir. Sabit veya projeksiyon eşeli kullanılarak ölçülür. En çok kullanılan tipi **Smeller** eşelidir. Okuma yazma bilmeyenler ve çocuklar için Őekiller gösterilir. **Retinoskopi**, gözde ışığı kırma kusurlarının belirlenmesinde kullanılan bir cihazdır. **Oftalmoskopi**, göz küresinin, fundus (göz dibi) denilen i kısmın muayenesi için kullanılır.

Gz hekimi, hastadan detaylı bir öykü aldıktan sonra dikkatli bir refraksiyona başlayarak göz muayenesine devam eder. **Otorefraktometre** görme azlığına neden olan gözde kırma bozukluğunun tipi (miyop, hipermetrop veya astigmatizm) ve derecesini belirlemede kullanılan bir cihazdır. Hasta cihaza uygun bir Şekilde oturtularak ölçümler yapılır. Cihaz tüm ölçüm sonuçlarını ve ortalama değerlerinin yazıcıdan verir. Bu değerler temel alınarak görme ölçümü ve düzeltmesi yapılarak gözlük değerleri belirlenir. Yeni nesil cihazlarda, korneanın temel eksenlerinin dioptri ve mm cinsinden ölçüleri de belirlenmektedir. Bu değerler kontakt lens muayenesi ve katarakt ameliyatı sırasında implante edilecek göz içi lens içi hesaplamasında da kullanılmaktadır.

Katarakt hastalarının göz alıcı ışığa karşı kamaşma Őikyetleri vardır. Bu durum, karşıdan gelen araba farlarından ya da gün ışığından olabilir. Göz alıcı ışık testi hastanın görme alanına yerleştirilen bir ışık kaynağı ile görsel bozulmaya ölçümü yapılarak uygulanır (46).

**Gz içi basınc değerlendirilmesi:** Katarakt ameliyatının optimum Şartlarda yapılabilmesi için göz içi basıncı normal sınırlarda olmalıdır. Kontakt (kertme (indentasyon) ve aplanasyon yöntemleri) veya nonkontakt tanometreler kullanılarak göz içi basıncı değerlendirilir.

**Bilgisayarlı görme alanı (Perimetre):** Görme alanını değerlendirmek için kullanılan bir cihazdır. Görme fonksiyonun başlatan sinir tabakasının, değişik gteki ışıklı uyarana karşı verdiği yanıtı dijital olarak gösteren bir muayene yöntemidir. Tüm katarakt hastalarında konfrontal görme alanına bakmak gerekir. Retina periferinin oftalmoskopik görüntüsüne mani olacak kadar yoğun kataraktı olan hastaların periferik görme alanını tespit etmek için kullanılır. Görme alanı testi, göz hekiminin katarakt dışında diğer hastalık süreciyle gelişen görme kayıplarının teşhisinde yol göstericidir. Özellikle glokom hastalığının tanı ve takibinde, optik sinir hastalıklarında, optik sinir ile

komşuluğu olan yapıların tümörlerinde (hipofiz adenomları) ve damarsal patolojilerin tespitinde kullanılır. Cihazda kaydedilen veriler, bağlı olan bilgisayara kaydedilerek, veriler yazıcıdan çıktı alınarak değerlendirilir.

**Ultrasonik Biometri:** Katarakt ameliyatları sırasında göz içine implante edilecek göz içi lensinin gücünün hesaplanmasında kullanılan bir cihazdır. Gözün ön-arka aks uzunluğunu ölçen bir tip A-scan ultrasonudur. Ölçülen ön-arka aks uzunluğu ve daha önce belirlenmiş keratometrik değerler cihaza girilerek, istenilen formül üzerinde göz içi lens değerleri belirlenir.

**Optik Biyometri:** Yeni nesil GİL hesaplama yöntemidir. Hesaplama için gerekli tüm veriler (ön-arka aks uzunluğu, pakimetri değerleri, ön kamera derinliği, lens kalınlığı) tek cihazla nonkontakt olarak yapılmaktadır. Optik Biyometri aleti yazılıma eklenmiş olan yeni nesil formülasyonlarda kullanılarak çok hassas ölçümler yapılabilmektedir.

**Pakimetri:** Kornea kalınlığını değerlendirmek için kullanılan bir cihazdır. Kornea patolojisi ve glokom olan hastaların değerlendirilmesi için kullanılır.

## 2.5. Katarakt Çeşitleri

### Kataraktların Sınıflandırılması

#### A- Seyrine Göre

- Doğumsal
- Edinsel

#### B- Anatomik Lokalizasyonuna Göre

- Kortikal
- Nükleer
- Subkapsüler
- Mikst

#### C- Etiyolojisine Göre

- Konjenital ve İnfantil
- Senil

- Travmatik
- Komplike
- Patolojik
- Sekonder (48).

Hastalarda görülme sıklığına göre;

### **2.5.1. Senil Katarakt**

Tüm katarakt tiplerinin %92'sini oluşturur. İnsanların yaşları ilerledikçe, lens nükleusunun rengi koyulaşır ve sertleşmesi söz konusudur. Anatomik lokalizasyona göre, nükleer, kortikal, arka subkapsüler ve hepsinin bir arada bulunduğu mikst tip olarak 4 gruba ayrılır. Fizyopatolojilerinde farklılıklar gösterirler (48, 52). Dünya çapında önde gelen ve en sık görülen katarakt tipidir. Yetersiz cerrahi olanakları ile birlikte gelişmekte olan ülkelerde, tüm körlüklerin yarısının nedeni katarakt hastalarıdır. Dünya çapında, bu problemin büyüklüğü yaşlı insan nüfusunun artması ile birlikte yükseliş göstermektedir (49). Özellikle Afrika'da her sene yaklaşık olarak 2milyon insanın körleşme nedeni kataraktır (50). İstatistiksel çalışmalara göre 2025 yılında tahmini olarak katarakta bağlı oluşan körlük miktarı 40 milyona ulaşacaktır (51).

#### **Senil katarakt oluşumunda rol oynayan risk faktörleri:**

**Yaş:** Katarakt oluşumunda en önemli risk faktörlerinden birisi yaşlanmadır. 70 yaşında katarakt oluşma riski 50 yaşındakine göre 13 kat fazladır (53, 54).

**Cinsiyet:** Yapılan çalışmalara göre kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (55).

**İrk:** Siyah ırkta beyaz ırka göre, daha sık nükleer ve kortikal katarakt tipi görülmektedir (56, 57).

**Diyabet:** Yapılan epidemiyolojik araştırmalara göre diyabet hastalarında katarakt oluşumunun arttığı görülmüştür. Gelişmiş ülkelerde körlük nedenlerinin en

önemli sebeplerinden biri olarak Diyabetik Retinopati (DR) iken, az gelişmiş ülkelerde DR daha ciddi bir neden oluşturmaktadır. Dünyada ki 37 milyon körlük sebebinin yaklaşık %4,8'inden WHO Dünya Sağlık Örgütü DR' yi sorumlu tutmaktadır. 70 yaşından önce katarakt gelişiminde bu oranın artışı daha yüksek tespit edilirken, 70 yaşından sonra bu oranda bir azalma gözlenmektedir. Kan şekeri, sistemik kan basıncı ve lipid düzeyinin kontrol altında olması Diyabetik Retinopatinin oluşmasında önemli rolü olduğu gösterilmiştir (58).

**Aile hikâyesi:** Yapılan iki vaka-kontrol çalışmasında aile hikâyesinin katarakt riskinde artışa neden olduğu tespit edilmiştir (50, 59).

**Beslenme:** Lens kendisini çeşitli vitaminler, enzimler ve antioktitanlar yardımı ile oksitadif strese karşı korur. Beslenme alışkanlığı senil katarakt gelişiminde oldukça etkilidir. Özellikle serum antioksidan düzeyleri ile ilişkisinin bulunduğu öne sürülmüştür. Antioksidan özelliği bulunan riboflavin, vitamin E, C ve karotenoidlerin alınmasının, mikst, nükleer ve kortikal katarakt oluşumunu önlediği saptanmıştır. Demir, tiamin ve niasinin de koruyucu olduğu tespit edilmiştir (60).

**Radyasyon:** Ultraviöle ışığı direkt olarak korneadan geçerek lens tarafından absorbe edilir. Multipl düşük doz veya tek yüksek doz UV radyasyonu ile laboratuvar şartlarında hayvanlarda katarakt gelişimine sebep olmaktadır. UV radyasyonunun özellikle arka subkapsüler ve kortikal katarakt gelişimine sebep olduğu düşünülmektedir. Elektromanyetik spektrumun diğer kısmındaki radyasyonlar da katarakt oluşumunda rol oynarlar (61,62).

**Sigara:** Sigara kullanan kişiler de nükleer katarakta artış olduğu düşünülmektedir. Böyle bir artış kortikal katarakta tespit edilmemiştir. Günde bir paket ve üstü sigara içen kişilerde katarakt oluşma riski 2 kat fazla bulunmuştur. Sigara içimi ile en fazla ilişkili olan katarakt çeşitleri arka subkapsüler ve nükleer katarakt olarak bildirilmiştir (63,64)

**Diğer risk faktörleri:** Myopi, renal yetersizlik, kronik diare, sistemik hipertansiyon, renal yetersizlik yer almaktadır. Yine de senil kataraktın oluşumunda, arkasındaki patogenez, karmaşık olup henüz tam olarak bilinmemektedir (24).

Senil kataraktlar **nükleer katarakt**, **kortikal katarakt** ve **arka subkapsüler katarakt** olmak üzere 3'e ayrılır. Fakat bu sınıflama kataraktların erken dönemleri için uygun olmaktadır. Zira katarakt ileri evrelere vardığında bu ayrım çok net yapılamaz. İlerlemiş kataraktta nükleus da, kortekste ve arka subkapsüler bölgede opasiteler gözlenir (24).

#### **2.5.1.1.Nükleer (Çekirdek) Kataraktlar**

Sklerozisin fizyolojik olayının sonucudur. Hayat boyu lens fibrillerinin üst üste sarılması sebebiyle çekirdek sıvı kaybettiği için sertleşir (sklerozis) ve renginin koyulaşması söz konusudur. Genellikle 60 yaş ve sonrası ekvatora yakın bölgelerde yaşayanlarda sık görülür. Hastalarda miyopiye yol açtığından, hastalar yakını gözlüksüz iyi görmeye başlarlar. Uzağı görme bozukluğu ise gözlük ile bir miktar düzelebilir. Nükleus hastalığın başında yeşilimsi renkte iken zamanla sararır ve kahverengileşir. Hastalığın başlaması ve yetersiz görme süresi senelerce sürebilir. Nükleer kataraktlar lens yapısal proteinlerinin fizyokimyasal değişikliklere uğraması ile ilişkilidir (48, 65).

#### **2.5.1.2. Kortikal (Kabuk) Kataraktlar**

Lens kesifliklerinin en sık görülenidir (66). Kortikal kataraktlarda olgun lif hücrelerinin bölgesel bozulması söz konusudur. Hücre zarı bütünlüğü bozulduğu için etkilenmiş hücrelerden yapısal metabolitler kaybedilir. Aşırı kayıp sebebiyle protein oksidasyonu ve çökmesine neden olur. Kortikal kataraktlar genellikle 22 asimetrikler ve çift taraflıdır. Kortikal kataraktların en sık bulgusu, araba farları gibi, yoğun, odaksal ışık kaynaklarına bağlı parıldamalarıdır. Bazen tek gözde çift görmede görülebilir. Kortikal kataraktların bazıları çok hızlı ilerlerken, bazıları da uzun süre değişmeden kalabilirler. Kortikal kataraktların biyomikroskop ile izlenebilen ilk belirtileri ön veya arka kabukta vakuoller ve su yarıklarıdır. Sıvı ile kortikal tabaka ayrılabilir. Kapsülle çekirdek arasındaki bütün korteks beyaz ve opak hal aldığı anda katarakt matür olarak adlandırılır. Bozulmuş kortikal maddenin lens kapsülünden sızması ve kapsülün kırışık buruşması sonucunda hipermatür katarakt olur. Bu tip kataraktta santral lens geç tutulduğundan hastalar genellikle uzak görmelerinin iyi olduğunu söylerler (67).

### **2.5.1.3 Arka Subkapsüler Kataraktlar**

Arka subkapsüler kataraktlar (AKS) genellikle daha erken yaşlarda ve diğer kataraktlara göre daha az görülürler. İyonizan radyasyona maruziyet, travma, sistemik-topikal-göz içi kortikosteroid kullanımı, enflamasyon ve alkolizme bağlı olarak da gelişebilir. AKS arka korteks tabakasına yerleşmiştir. AKS oluşumunun ilk göstergesi olarak arka korteks tabakalarında, biyomikroskopla bakıldığında görülebilen yanardöner parlaklıklar oluşmasıdır. Hasta genellikle zayıf görmeden ve parlak ışıkta kamaşmalardan şikâyetçidir. Hastalardan bazıları tek göz ile çift görmeyi de tarif edebilirler. Biyomikroskop ile hasta muayene edildiğinde arka subkapsüler katarakt tespiti en iyi pupilla dilatasyonu ile sağlanır (68).

### **2.5.2.Mikst Katarakt**

Bu katarakt genellikle tek tip başlar ve dejeneratif hadisenin ilerlemesi sonucu mikst olur. Hasta da mikst katarakt varsa katarakt ilerlemiş durumda olur. Hastada görme azlığı çok fazladır ve yakın zamanda ameliyata ihtiyacı vardır (69).

### **2.5.3.Presenil Katarakt**

Presenil Katarakt 55 yaşının altında ki hastalarda görülüp, daha çok subkapsüler olmakla birlikte kortikal veya nükleer de olabilir. Arka katarakt hızlı ilerleyerek bir yıl içerisinde tamamıyla arka kapsülü örter. Daha sonraki aşamasında lens epitel hücrelerinde göze çarpan değişimin ardından ödem ve son olarak dekompanstasyon oluşur. Bazı zamanlarda nükleus tutulmazsa da en sonunda opaklaşır. Başlangıçta lens korteksi tutulmayabilir fakat son aşamasında spoke opasiteler gelişir ve oldukça hızlı ilerler. Presenil Kataraktın nedeni bilinmemektedir. Bazı çalışmalar galaktoz metabolizmasındaki bir enzimin neden olabileceğini ileri sürmüştür. Eksik olan enzimin aldoz redüktaz olduğu ve galaktiol isimli maddenin lenste birikerek, kronik bir osmotik strese neden olduğu bu çalışmalarda savunulmuştur (70,71).

#### **2.5.4. Konjenital katarakt**

Konjenital kataraktlara 10000 canlı doğum içinde 1, 6 oranında rastlanır (40). Yaşamın ilk birkaç haftasında ya da doğumda, konjenital katarakt gelişebilir. Bebek birkaç haftalık oluncaya dek tanı alması oldukça zordur. Bebeğin pupillerinin çok küçük olması, günün büyük bir kısmını uyuyarak geçirmesi tanı almada zorluklar arasından sayılabilir (72). Çocukluk çağında görülen kataraktların birçoğu çocuklarda ki körlüğün baş nedeni olarak gösterilmektedir. Konjenital kataraktların üçte biri kalıtmıla, üçte biri farklı hastalıklar ile birlikte görülmekte, kalan üçte birinin ise etiyojisi tespit edilememektedir (73,74 ).

#### **2.5.5. Travmatik katarakt**

Travmatik katarakt, genç bireylerde en sık görülen tek taraflı katarakt nedenidir. Travmatik kataraktta penetran ya da kurt travmalar lensin opaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durum erken ya da geç oluşabilen bir komplikasyondur (75,76). Nadir olarak da elektrik çarpması, oküler tümörlere iyonize radyasyon uygulama sonrası, aşırı soğuk ya da sıcak şokuna bağlı olarak travmatik katarakt gelişebilir (77).

#### **2.5.6. Göz içi hastalıklarla ilişkili katarakt**

Glokom, inflamasyon / üveit, persistan hiperplastik primer vitreus, retina dekolmanı, aniridi, Peters anomalisi, retinal dejenerasyon (retinitis pigmentosa, gyrate atrophy), Norrie hastalığı, yüksek miyopi, retinal anoksi (Buerger hastalığı, Takayasu arteriti), anterior segment nekrozu, retinoblastoma, mikrofthalmus, sklerokornea, retrolental fibroplazi gibi hastalıklar kataraktta neden olabilirler (24,69).

#### **2.5.7. Sistemik hastalıklarla ilişkili katarakt**

**Metabolik hastalıklar:** Diyabet, galaktozemi, Lowe, Wilson, hipoparatiroidizm, Albright, Fabry ve Refsum hastalıkları, hipokalsemi, homosistinüri.

**Renal hastalıklar:** Alport ve Lowe hastalıkları.



**Cilt hastalıkları:** Werner ve Rothmund-Thomson sendromu, atopik dermatit, konjenital ektodermal displazi.

**Bağ ve iskelet dokusu hastalıkları:** Conradi ve Marfan sendromları, lens dislokasyonu, myotonik distrofi.

**Santral sinir sistemi:** Bilateral akustik nöroma (nörofibromatozis tip 2), Marinesco-Sjögren sendromu (24, 69,78).

## **2.6. Katarakt Tedavisi**

Kataraktın önlenmesine yönelik araştırmalar diyabet ve risk faktörlerine karşı odaklanmıştır (80,81). Farklı yaklaşımlar olsa da, galaktozemik katarakt dışında diğerkataraktlar hala önlenememektedir. C ve E vitamini, sorbitol düşürücü ajanlar, aspirin, glutatyon yükseltici ajanlar, katarakt oluşumunda koruyucu etkileri yönünden araştırılmaktadır (30). Katarakt dünya genelinde körlüğün önde gelen nedenlerinden biridir. Katarakt hastalığının tedavisinde tek çözüm **cerrahidir** (30,79).

## **2.7. Katarakt Cerrahisi**

Katarakt, görmeyi ve ışık geçişini büyük oranda bozacak şekilde azalttığından, lensin cerrahi olarak çıkarılmasıyla durum düzeltilmektedir. Çıkarılan lensin yerine, dışbükey mercekler kullanılarak göze yerleştirilir (79, 83). Son yıllarda katarakt cerrahisi oldukça gelişmiştir. Cerrahi tekniklerin artışı, cerrahi insizyonların küçülmesi, teknolojik gelişmeler, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonları azaltmıştır (84). İnsizyon boyutlarının küçültülmesi katarakt cerrahisinin gelişiminde, ilk yıllarda yapılan İntrakapsüler cerrahiden (IKKE), Ekstrakapsüler (EKKE) cerrahiye geçişte de gerçekleşmiştir. Daha sonraki büyük adım ise fakoemülsifikasyon ve katlanabilir Göz içi Lenslerin (GİL) kullanıma girmesiyle atılmıştır. Katarakt cerrahisi dünyanın her yerinde standart olarak uygulanmaktadır. Bu bireyler için ciddi sosyoekonomik etkiler ile sonuçlanmakta ve postoperatif rehabilitasyonları oldukça önemli bir sorun oluşturmaktadır (79, 83, 85).

Katarakt ameliyatlarının büyük bir kısmı lokal anestezi altında yapılır. Genel anestezi, çocuklarda, yüksek oranda sinirli, endişeli hastalarda, defansta ki hastalarda veya zekâ geriliği olanlarda uygulanır (86).

Katarakt ameliyatlarının sonuçları % 95'in üzerinde başarılıdır (79, 87). Katarakt cerrahisi, **intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu**, **ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu** ve **fakoemülsifikasyon** yöntemleri kullanılarak yapılır.

### **2.7.1. İtrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (İKKE)**

1930 yıllarından 1970 yılının ortalarına kadar intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu kullanılan tek cerrahi yöntemidir. Bu yöntem de, geniş bir kornea kesisinden, lens kapsülünün bütünlüğü bozulmadan, kapsül ile birlikte dışarı alınarak yapılmasıdır. Vitreusun geride kalıp ön kamaraya prolabe olmadığı hastalarda ön kamara GİL yerleştirilebilir (3, 69, 88).

### **2.7.2. Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (EKKE)**

Ekstrakapsüler cerrahi, intrakapsüler cerrahiye göre daha küçük bir kesiden, nükleus doğurtularak yapılan bir cerrahi yöntemdir. Kornea endoteli için daha az travmatik bir yöntemdir. Bu yöntemde ön kapsüle bir açıklık hazırlanır ve lens nükleusu dışarı çıkartılır. Korteks temizlenir ve arka kapsül yerinde bırakılır. Arka kapsül göz anatomisine uygun göz içi lensin uygun yerleştirilmesini sağlar. Arka kapsül vitreusu geride tutarken GİL, iris ve carpus siliare arasındaki sulkusa yerleştirilir (3, 69, 88).

### **2.7.3. Fakoemülsifikasyon (FAKO)**

Kelman 1967'de ilk kez bu yöntem ile nükleusu doğurtmayıp, ön kamaradan ultrasonik bir uçla nükleusu aspire etmiş ancak fazla miktarda endotel hücre kaybı olduğunu görmüştür. Sonra ki zamanlarda viskoelastiklerin kullanımı ve kapsüloreksis yöntemi ile kapsül içinde aynı yöntem daha güvenli uygulanmıştır. Skleral tünel ya da şeffaf korneal kesi türleri ile göz içine girilir. Ultrasonik bir uçla nükleus değişik parçalama yöntemleri ile aspire edilerek alınır. Kesi yeri oldukça küçük olduğu için, cerrahın tercihine göre sütür uygulanır ya da uygulanmaz. Küçük kesi, kısa operasyon

süresi ve erken rehabilitasyon gibi nedenlerden dolayı günümüzde fakoemülsifikasyon tekniği yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Fakoemülsifikasyon yöntemiyle katarakt cerrahisi günümüzde oldukça yaygınlaşmakta olsa da, ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu yöntemi de güncelliğini korumaktadır (3, 69, 88). Fakoemülsifikasyon yönteminin en önemli dezavantajı ise, bu tekniği kullanmak için gereken beceriye sahip olmanın zorluğudur. Bu sebeple yeni başlayan cerrahlarda yüksek oranda komplikasyon görülmesine neden olmaktadır (77).

## **2.8. Anksiyete**

### **2.8.1 Anksiyetenin Tanımı**

Türk Dil Kurumu sözlüğünde anksiyete; “Canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonöretik bozukluk” olarak açıklanmıştır (89).

Anksiyete Latince “anxietas” kelimesinden gelmiş, Türkçe anlam olarak da, bunaltı, iç sıkıntısı, endişe, can sıkıntısı, kaygı ve hoş olmayan endişe ve heyecan gibi sözcükler ile eş anlamlı olarak kabul edilmiştir. Anksiyete, benliğin kendini tehdit altında hissettiği hoş olmayan endişe ve kaygı hali olup, belirsiz bir gerilim olarak açıklanmaktadır (90).

Anksiyete, belirsiz tehlike hisleriyle ortaya çıkan ve genellikle otonom belirtilerin de birlikte görüldüğü bir duygudur. Birey, tehlikelere karşı uyarıcı ve bireyin bu tehlikeler ile başa çıkmak için önlem almaya neden olan uyarıcı bir sinyaldir. Korkuda da anksiyeteye benzeyen uyarıcı bir sinyal hissedilir. Anksiyete ve korku arasında ki fark ise; korkuda bilinen bir tehdide karşı yanıt alınırken, anksiyete de belirsiz, bilinmeyen bir tehdide karşı yanıt verilir (91).

Anksiyete, psikolojik ve somatik olmak üzere iki temel bileşenden oluşur. Psikolojik bileşen de, somatik bileşen gibi, bireyden bireye büyük ölçüde değişkenlik gösterebilmektedir. Kültürel etkenler, sosyoekonomik durum, yaş ve cinsiyet psikolojik anksiyeteyi etkiler. Somatik belirtiler içinden, yorgunluk, tremor, sırt ağrısı, kas sertliği, baş ağrısı, beş duyu hissinde güçsüzlük, baş dönmesi, terleme, ekstremitelerde

karıncalanma, göğüste sıkışma hissi, nefes darlığı, pupillerde genişleme, titreme, nefes darlığı, irkilme reaksiyonu, sıcak basması, hiperventilasyon, bulantı, kusma, boğazda yumruk hissi, hipertansiyon, solukluk, çarpıntı, sık idrara çıkma, epigastrik rahatsızlık, şişkinlik, ağız kuruluğu, hipertansiyon, diare ve reflekslerde canlılık olarak sayılabilir (92).

Anksiyete de genellikle bir hastalık belirtisi olmadan hayatın olağan bir parçası olarak yaşanır. Sıklıkla tehdit ve kayıp olarak algılanan durumlarda ortaya çıkar. Bu durumlar; sosyo-kültürel sorunlar, benlik saygısında azalma, gereksinimlerin karşılanamaması, sevilen kişilerin kaybı, kendini ve yaşamını kontrol etmede yetersizlik, sağlığın sürdürülmesi ve korunmasında tehdit, bağımsızlığın kaybı, statü ve saygınlık korunmasında güçlük şeklinde sıralanabilir (93, 94).

Karayağız'ın (95) belirttiğine göre Sadock ve Sadock anksiyeteyi; sebebi bilinmeyen belirsiz, kötü bir şey olacaktı endişesi, sıkıntı, kaygı korku, içten gelen ve yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit şeklinde algılayan ve yaşamı tehdit eden bir alarm duygusudur. Tehlike beklentilerine karlı yaşanan bir tepki olarak tanımlamıştır.

Bireyin kendisini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği evrensel bir duygu ve doğal bir tepkidir. Hastalık durumunda meydana gelen anksiyetenin temelinde ise genellikle bilgi eksikliği olduğu bilinmektedir. Hastalığın getirdiği çaresizlik, vücut organı ve kısımlarının zedeleneceği endişesi, hastalığa yüklenen anlam, engellemeler ve ölüm korkusu, bireyin karşılaştığı anksiyetenin şiddetini oldukça etkilemektedir (96).

Anksiyete belli bir düzeye kadar sağlıklı kişilerde de görülebilmektedir. Ameliyat öncesi ameliyata hazırlanan hastalarda anksiyete düzeyi olarak “orta” veya “sağlıklı” düzeyde anksiyete görülebilir. Elektif cerrahi sırasında oluşan anksiyete ve stresin azaltılması, ameliyatta bireyde oluşabilecek nörohormonal durumu azaltarak, komplikasyonları ve organ disfeksiyonlarının azalmasını sağlamaktadır (97,98).

### 2.8.2. Anksiyetenin Tarihçesi

Çok eski dönemlerde anksiyete ile ilgili metinlere rastlanmaktadır. İlk olarak milattan önce 3000' li yıllarda yazılmış olan Gılgamış destanında görülmüştür. Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili mevcut endişelerini bu destanda dile getirmiştir (99, 100, 101).

Paranoya, histeri ve mani terimlerini psikiyatriye Hipokrat kazandırmıştır. Hipokrat, psikiyatrik bozukluklarla ilgili eserinin bazı metinlerinde korkudan ve amaçsız anksiyete (aimless anxiety) den söz ettiği bilinmektedir.

Ortaçağda anksiyete kavramının hastalık olarak ele alınmaya başlamış, tanrı korkusu ile ilgili olduğu düşünülmüştür. De la Mettrie'nin (1748) ve Descartes'in (1937) çalışmalarıyla birlikte anksiyete psikolojik bir sorun olarak görülmeye başlanmıştır (102).

Anksiyeteye ilişkin geniş açıklamalara ve tanımlamalara 18. Yüzyıldan sonra oldukça fazla rastlanmaktadır. Sigmund Freud anksiyete bozukluklarını kapsamlı bir şekilde ele alan ilk kişidir. Anksiyete nerozunu 100 yıl önce ilk kez ayrı bir sendrom olarak tanımlamıştır. 1894 yılında nevrasteniden ayırmıştır. Sigmund Freud 14 anksiyetenin somatik belirtilerini; dengesizlik, pareteziler, uyku bozuklukları, kâbuslar, ağrıya karşı aşırı duyarlılık, cinsel ilgide azalma, ishal, baş dönmesi (vertigo), ürperme, aritmi, dispne, bulantı, midede ağırlık hissi, tremor, sık idrara çıkma, terleme, iştah artması olarak açıklamıştır (100).

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesi adına en önemli katkılardan biri de Karen Horney'den gelmiştir. Karen Horney, korku ve anksiyete kelimelerini sıklıkla birlikte kullanarak, korku ve anksiyete arasındaki yakınlığı anlatmıştır (103).

### 2.8.3. Anksiyete Belirtileri

1. Bilişsel belirtiler
2. Duygusal belirtiler
3. Davranışsal belirtiler
4. Fizyolojik belirtiler olarak 4 bölüme ayrılmıştır (94, 104, 105).

### **2.8.3.1. Bilişsel Belirtiler**

Normal bilişsel işlevlerin olması gerekenden fazla olması (aşırı uyanıklık hali gibi), ya da normal işlevlerin inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusudur. Kişi kendini rahatsız eden duygulardan ve düşüncelerden rahatsızlık duyar. Bu belirtiler: çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aklın sisli, bulanık olması, gerçek dışılık duyguları, aşırı uyanıklık hali (hipervijilans), çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, kendini aşırı gözleme olarak görülebilir. Düşünce zorlukları olarak, dikkat dağınıklığı (distraktibilite), düşünmeyi kontrol edememe, önemli şeyleri hatırlamakta güçlük, objektif düşünmede güçlük, bilinç sislenmesi (konfüzyon), konsantrasyon güçlüğü, düşüncede duraksamalar, kesintiler (blok) ve neden-sonuç ilişkisi kurmada güçlükler çekmek. Kavramsal olarak, başkalarının olumsuz değerlendirilebileceği korkusu, tekrarlayan korkulu düşünceler, kontrolü kaybetme korkusu, başa çıkamama korkusu, korku veren görsel imgeler, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını kaybetme korkusu, bilişsel sapmalar (distorsiyon) olarak sayılabilir (94, 104,105).

### **2.8.3.2. Duygusal belirtiler**

Korku, endişe, tedirginlik, alarm durumuna geçme, dehşet duygusu, çaresizlik, gerginlik ve sinirlilik gibi bireyin onu rahatsız eden ve yaşadığı çeşitli duygulardır (94, 104, 105).

### **2.8.3.3. Davranışsal belirtiler**

Konuşma akışında bozukluk, olduğu yerde hareketsiz donakalma (tonik immobilizasyon), davranışların inhibisyonu, koordinasyon, kaçma, kaçınma, yeteneklerinde azalma, huzursuzluk gibi bireyin normal davranışlarının inhibisyonu ya da hiperaktivasyonu şeklinde izlenir. Normalde bu davranışlar anksiyete azaltma amacıyla bireyde bulunsa da, aksine anksiyete arttırıcı özellikler olarak da görülebilir (94, 104, 105).

#### 2.8.3.4. Fizyolojik belirtiler

Fizyolojik belirtiler, genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik, savunma durumuna girdiğini gösterir. Parasempatik, sempatik ve hormonal sistemlerinin çalışmasındaki değişikliklerin sonucu olarak ortaya çıkarlar. Parasempatik sistemle ilgili olarak, çaresizliği ve çözüm bulmakta güçlüğü gösterir. Sempatik sistemin ise nabız, tansiyon, solunum sayısında artma olarak kendini gösterir.

**Kalp-damar sistemi belirtileri;** aritmi, bayılma hissi, kan basıncı değişiklikleri, çarpıntı, kalp hızında artma, bayılma ve yüz kızarmasıdır.

**Solunum sistemi belirtileri;** solunum sayısında artma, kesik soluma, nefes darlığı, hava açlığıdır.

**Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri;** çabuk yorulma, yalancı romatizmal ağrılar, kaslarda gerginlik ve spazm, reflekslerde artma, huzursuz uyku, yorgunluk hissi ve titreme, yüzde ve göz kapaklarında seğirmeğe uykuya dalma güçlüğüdür.

**Sindirim sistemi belirtileri;** ağız kuruması, karın ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık, ishal, yutma güçlüğüdür.

**Ürogenital sistem belirtileri;** sık idrara çıkma, cinsel soğukluk, cinsel güçsüzlük, erken boşalmadır.

**Cilt belirtileri;** sıcak ve soğuk basma nöbetleri, soğuk ve nemli eller, yaygın terleme, kaşınma krizleridir (94, 104,105).

#### 2.8.4. Anksiyete Tipleri

**Hafif Anksiyete:** Uyanık olmak çevreden bilgi sahibi olmanın ilk aşamasıdır. Birey bu aşamada, işitir, koşulanları anlar ve görür. Kişi olaylar yâda durumlara arasında ki bağlantıları görür ve bu bağlantıları diğer kişilere anlatabilir. Mantık yürütme ve konsantre olma yeteneği vardır. Birey bu düzeyde bir anksiyete durumunda

sorunları çözebilir. Hafif anksiyete de, birey bir durumla bağlantılı olarak, kendi kontrolü dışında kısa süreli korku, mutsuzluk, hoşnutsuzluk ve endişe ile karakterize bir deneyim olarak gözlenebilir. Birey bilinmeyene karşı savunma mekanizması oluşturur (99, 105, 106).

**Şiddetli Anksiyete:** Vücut fonksiyonlarını bozan, ikili ilişkilere zarar veren, bireyin gelişimini inhibe eden hoş olmayan bir duygusal durum olarak tanımlanmaktadır. Kişi çevresini algılamakta oldukça zorluk çeker. Şiddetli anksiyete de problem çözme ve öğrenmek mümkün olmamak ile birlikte, fiziksel ve duygusal olarak da huzursuzluk vardır. Birey her an ölebilme duygusu yaşar (99,105, 106, 107).

### **2.8.5. Ameliyat Öncesi Anksiyete**

Hastaneye yatan, cerrahi işlem uygulanacak hastaların, %60-80'inde operasyon öncesi anksiyete görülmektedir (108). Bu korku ve kaygı, hastanın kişilik özelliklerine, önceki deneyimlerine, anestezi tipine, ölüm korkusuna, ameliyat sonunda ağrı ve vücudunun hasar göreceği korkusuna bağlı olabilir (109).

Ameliyat olacak hastaların anksiyete seviyeleri ise, yaşları, cinsiyetleri, geçirecekleri ameliyatın tipi, daha önceki deneyimleri gibi pek çok faktörlerden etkilenebilir. Hastaların anksiyete seviyelerini düşürmek için birçok yöntem kullanılmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hemşire tarafından hastaya verilen eğitim ve bu görüşmede verilen bilgiler, hastaların anksiyete düzeyini düşürmek amacıyla uygulanan yöntemlerden biridir (110).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların bilgilendirilmesi, hastaya her aşamada yapılan işlemin, niçin yapıldığını ve ne olduğu konusunda bilgi verildiğinde, hasta memnuniyetinin arttığını ve anksiyeteyi azalttığını göstermiştir (111).

Anksiyete düzeyi ameliyat öncesinde yüksek olan hastalarda, ameliyat sonrası daha çok tıbbi komplikasyon geliştiği ve hastanın hastanede yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (112). Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü göz önüne alındığında, anksiyete tedavisi, cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini göstermiştir (113).



**Durumluk ve süreklilik anksiyetesi:** Cerrahi ünitelerde anksiyete ölçümlerinde sıklıkla Spielberg Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI) kullanılmaktadır. STAI 1970 yılında Amerika’da Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçüm skalasıdır. Hastaların durum anksiyete düzeyini ölçmeyi hedefleyen 20 soru, sürekli anksiyete düzeyini ölçmeyi hedefleyen 20 soru olmak üzere, iki ayrı bölümden oluşur. Toplam anksiyete puanını arttıran olumsuz ifadeler verilen puanın toplamından, toplam anksiyete puanını azaltan olumlu ifadeler verilen puanın toplamı çıkartılmakta ve sabit 50 sayısı ile toplanarak toplam anksiyete puanı hesaplanmaktadır. Fazla zaman alması, hastaların uygulama sırasında sıkılması ve soru sayısının çok olması STAI’ nin dezavantajları olarak sayılabilir (114).

İçin STAI ölçeğinin, durumsal anksiyete formu kullanılmaktadır. Ameliyat öncesi anksiyete ölçmek için k rde altın standart olarak kabul edilmektedir (120).

**Ameliyat Öncesi Yaklaşım:** Anksiyete çaresizlikten doğar. Ameliyat öncesi bireye destekleyici yaklaşım, empati bireye güven verir. Hemşire-birey arasında uygun iletişim biçimi ve bilgilendirme oldukça önemlidir. Hemşirenin bireye soru sorabileceği bir ortam oluşturması, zaman ayırması, endişe ve korkularının ifade etmesini sağlaması bireye yardımcı olacaktır. Ameliyatı ve yapılacak işlemler hakkında yeterli bilgi almış, anksiyete düzeyi normal sınırlar içinde olan, iletişime açık bireyler ameliyattan sonra daha iyi uyum sağlayabilmektedir. İleri düzey anksiyetesi olan, kaygısız ve ilgisiz olan bireyler psikiyatrik düzeyde riskli bireylerdir. Hastanın eğitimi, birey bilgilendirildikten sonra, ameliyat için onayının alınması, cerrahi prognozu etkileyebilecek faktörler arasındadır (31, 115, 116, 117).

**Eğitim:** Planlanmış bir ameliyatta, bireyin ameliyat öncesi hazırlıklarının sorumluluğu hemşireye aittir. Ameliyat öncesinde birey ameliyata iyi hazırlanamaz ise, birey uyum sağlayamayabilir ve buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir. Ameliyat öncesi bireyin hissettiğin yüksek düzeyde anksiyeteyi, iyi bir hemşirelik bakımı ile minimuma indirmek oldukça etkili bir yöntemdir. Ameliyat öncesi iyi bir eğitim, ameliyatta daha az anestezi kullanmaya, anksiyeteyi azaltmaya, stres hormonlarının daha az salınmasına, erken taburculuk işlemlerine yardımcı olur (31, 118).

Göz ameliyatı olacak bireyler, görme fonksiyonunun yitirilme olasılığı korku yaratan bir durum olduğu için oldukça endişelidirler (2). Hastanede hastaya eğitimi sağlayacak en uygun kişi hemşirelerdir. Hastaların kaygı yaşamasına neden olabilecek etmenlerin dikkate alınması eğitimi etkin kılacaktır (7).

Özellikle lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastalarda farkındalık olduğundan daha yoğun korku ve endişeye sebep olmaktadır. Hastalar ameliyat anında kooperasyonunu kaybedebileceği için, istemsiz hareketler yapabilmekte ve buna bağlı komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (8,9).

Literatür taramalarından elde edilen bilgilere göre, lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastanın hareketsiz yatması, cerrahın rahat çalışmasının sağlanması hastalara yapılan işlemin ne olduğu, niçin yapıldığı konularında bilgi verildiğinde, anksiyete düzeylerinde azalmalar gözlenmiştir. Grieve ve arkadaşlarına göre hastanede yatan ve özellikle cerrahi girişimde bulunulacak hastalarda anksiyete gelişir (10, 11, 12). Bir çalışmada, en yüksek anksiyete düzeyine sahip olanların, işleme ilk kez girenler, genç hastalar ve kadınlar olduğu bildirilmiştir (13).

Katarakt hastalarının çoğunluğu yaşlıdır. Bu yaş grubundaki hastaların respiratuar, Metabolik, kardiyovasküler, ve nöropsikiyatrik hastalıkların değişik kombinasyonları görülebilir. Katarakt cerrahisi elektif bir cerrahidir. Hastanın ameliyattan önce ve cerrahi sırasında ne yapması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Hastaların ameliyat olacaklarını öğrenmeleri, onlarda stres yaratır. Hastanın enerjisini, stresi ile baş etmek için kullanması iyileşme sürecini uzatabilmektedir. Özellikle lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastalarda farkındalık olduğundan daha yoğun korku ve endişeye sebep olmaktadır. Literatür taramalarından elde edilen bilgilere göre, lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastanın hareketsiz yatması, cerrahın rahat çalışmasının sağlanması hastalara yapılan işlemin ne olduğu, niçin yapıldığı konularında bilgi verildiğinde, anksiyete düzeylerinde azalmalar gözlemlendi.

Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışma, katarakt ameliyatı öncesinde eğitim verilen ve eğitim verilmeyen hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılıp değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

T.C Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Göz kliniğinde Mayıs 2017–Ağustos 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Göz kliniğine Mayıs 2017–Ağustos 2017 tarihleri arasında katarakt ameliyatı olmak için yatan, çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışma kriterlerine uyan tüm hastalar (114) örneklem grubunu, bu hastaların yarısını girişim grubu (57) diğer yarısını ise kontrol grubunu (57) oluşturdu.

### 3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kurul onayı ve çalışmanın gerçekleşmesi için Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Eyüp Sultan Devlet Hastanesi'nden onay alındı.

Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından araştırmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile veri toplama formu doldurularak elde edildi.

'Katarakt Cerrahisi Yapılacak Hastalarda 1.ve 2. Gz Cerrahileri ncesi, Hastaların Endişe Düzeylerinin Araştırılması' isimli tez çalışmasını yapan tez yazarından veri toplama formunun kullanım izni alındı (31).

Araştırmanın verileri uygun literatür taranarak hazırlanan demografik verilerin elde edilebilmesi için veri toplama formu ile anksiyete skalası (STAI-1, STAI-2) kullanılarak uygulandı.

Veri toplama işlemi, araştırmacı tarafından hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olup, yaklaşık 20-25 dakika olarak gerçekleştirildi. Ameliyat ncesi eğitim verilecek gruba ameliyattan önce, hasta hastaneye yattığı gün eğitim verildi. Ameliyattan 6 saat sonra STAI FORM TX – I ve STAI FORM TX – 2 leği hem eğitim verilen hem de eğitim verilmeyen hastalara uygulandı.

**Veri toplama formu (Ek1):** "Katarakt Cerrahisi Yapılacak Hastalarda 1.ve 2. Gz Cerrahileri ncesi, Hastaların Endişe Düzeylerinin Araştırılması' isimli tez çalışmasını yapan tez yazarından veri toplama formunun kullanım izni alındı (ABACIOğLU, 2009).

Veri toplama formun da, araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik, özelliklerinin, hastalığı hakkında ve geirmış olduğu hastalıklar hakkında bilgilerinin sorulduğu 21 soru bulunmaktadır.

Bu sorular; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı, katarakt hakkında bilgisi, bu bilgileri nereden aldığı, daha önce katarakt ameliyatı olup olmadığı, ailesinde katarakt ameliyatı olan kişinin varlığı, endişesinin giderilmesi konusunda psikolojik bir yardım alıp almadığı, ameliyatı hakkında sağlık çalışanlarından bilgi alıp almadığı, kronik hastalığı, sigara kullanımı ile ilgili soruları içermektedir.

**Bilgi formu (Ek2):** Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgilendirilmiş onam formu.

### **STAI FORM TX – I ve STAI FORM TX – 2 Ölçeği (Ek3):**

(STAI 1: Durumluluk anksiyete ve STAI 2: Süreklilik Anksiyete) skalası kullanılmıştır. Durumluluk ve Sürekli kaygı seviyelerini saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafında 1970 yılında geliştirilmiştir. STAI-1 kısa ifadelerden oluşan bir öz- değerlendirme anketidir. Araştırma kapsamına alınan hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirmeye yönelik (hiç, biraz, çok, tamamıyla) olarak yanıtlanabilecek sorulardan oluşmaktadır. STAI-2 ile değerlendirilen temel özellikler tedirginlik, gerginlik, sinirlilik ve endişe duygularıdır. (Hemen hemen hiçbir zaman, bazen, çok zaman, hemen her zaman) olarak yanıtlanabilecek sorulardan oluşmaktadır. STAI ölçeği toplamda 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçekten oluşmaktadır; Durumluluk kaygı ölçeği (STAI Form -1) katılımcıların “şimdi” nasıl hissettiğini değerlendiren 20 ifadeden oluşurken Sürekli kaygı ölçeği (STAI Form -2) bireylerin genellikle nasıl hissettiklerini değerlendiren 20 ifadeden oluşur. Durumluluk Kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar yaşantıların şiddet derecesine göre, sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygular ise sıklık derecesine göre 4'lü skala da işaretlenmesi beklenir. Her STAI maddesine 1'den 4'e kadar ağırlıklı bir puan verilebilir. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir ve puanın yüksek olması da kaygı seviyesinin yüksek olduğu bilgisini vermektedir. Sonuçların puanlaması elle veya bilgisayarda yapılabilir.

Veri toplama öncesinde Okan Üniversitesi' ne Etik Kurul ve Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel

Sekreterliği Eyüp Sultan Devlet Hastanesi' ne gerekli izinler alınmıştır. Veri toplama aşamasında çalışmaya katılacak hastaların çalışma hakkında bilgi (Ek2) verilerek sözlü ve yazılı onamları alınacaktır.

### **3.5. Araştırmanın Soruları**

1. Ameliyat öncesi eğitim yapılan katarakt hastalarının anksiyete düzeylerinin azalmasını sağlar mı?
2. Hastanın ameliyatta yapılacak işlemler hakkında bilgilendirilmesi, hastanın bilinçli bir şekilde ameliyata alınmasını sağlar mı?
3. Ameliyat öncesi eğitim yapılan katarakt hastalarının katarakt hakkında bilgi sahibi olmasını sağlar mı?
4. Ameliyat öncesi verilecek eğitimle, hastaların fiziksel ve ruhsal açıdan en iyi şekilde ameliyata hazırlanmasını sağlar mı?

### **3.6 Eğitim Planı**

#### **Ameliyat öncesi eğitim verilecek girişim grubu için;**

**Amaçlar:** Hastaların ameliyat olacaklarını öğrenmeleri, onlarda stres yaratır. Hastanın enerjisini, stresi ile baş etmek için kullanması iyileşme sürecini uzatabilmektedir. Özellikle lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastalarda farkındalık olduğundan daha yoğun korku ve endişeye sebep olmaktadır. Literatür taramalarından elde edilen bilgilere göre, lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastanın hareketsiz yatması, cerrahın rahat çalışmasının sağlanması hastalara yapılan işlemin ne olduğu, niçin yapıldığı konularında bilgi verildiğinde, anksiyete düzeylerinde azalmalar gözlemlendi. Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışma, katarakt ameliyatı öncesinde eğitim verilen ve eğitim verilmeyen hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılıp değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Hedefler:**

- Ameliyat öncesi eğitim yapılan katarakt hastalarının anksiyete düzeylerinin azalmasını sağlamak,
- Hastanın ameliyatta yapılacak işlemler hakkında bilgilendirilmesi, hastanın bilinçli bir şekilde ameliyata alınmasını sağlamak,
- Ameliyat öncesi eğitim yapılan katarakt hastalarının katarakt hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak,
- Ameliyat öncesi verilecek eğitimle, hastaların fiziksel ve ruhsal açıdan en iyi şekilde ameliyata hazırlanmasını sağlamak.

**Yöntem:**

- Demografik verileri içeren veri toplama formu hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulama süresi yaklaşık 20-25 dakika olarak gerçekleştirildi.
- Ameliyat öncesi eğitim verilecek grup için ameliyattan önce hasta hastaneye yattığı gün eğitim verildi.
- Ameliyattan 6 saat sonra anksiyete ölçeği STAI 1-STAI 2 formları hastalar ile yüzyüze görüşerek yapıldı.

**Eğitim Planı İçeriği**

- Kataraktın ne olduğu, gerektiği kadar hastalara açıklandı.
- Ameliyat öncesi göz bebeğinin büyümesi gerektiği, bunun için de belirli aralıklar ile göz servisi hemşiresinin hastanın gözüne damla damlatacağı,
- Ameliyat günü normalde kullandıkları ilaçlarını almaları gerektiği (tansiyon-şeker-kolesterol vb),
- Ameliyathaneye inmeden tuvalete gitmeleri gerektiği,
- Katarakt ameliyatının yaklaşık 30 dakika süreceği,
- Ameliyat süresince hiç kıpırdamadan yatmaları gerektiği,
- Ameliyat masasına yattıktan sonra anestezi teknisyeni damar yolunu açacağı, koluna tansiyon aleti bağlanacağı ve bu tansiyon aleti ameliyat esnasında ara sıra kolunu sıkıp tansiyonu ölçeceğini,

- Ameliyat esnasında yüzüne bir örtü örtüleceği, bu örtünün hava geçirgenliği ve ağız ve buruna yakın bir yere oksijen bağlanacağını, bu sayede rahat nefes almada bir sorun yaşamayacağı,
- Ameliyat anında hekim ve hemşirenizin söylediklerini dinleyip uygulaması gerektiğini,
- Ameliyathane de önce göze bir damla damlatılacağı ve yüzü ameliyat örtüsü ile örtüldükten sonra göze lokal bir iğne yapılacağını, damla damlatıldığı için iğne yapılırken çok az ağrı duyacağı,
- Hastanın ameliyat esnasında sakin olması gerektiği, ani hareket etmemesi gerektiği, öksürük ve benzer hisler geldiğinde mutlaka önceden söylemesi gerektiği,
- Tüm ameliyat ekibinin ameliyatın iyi geçmesi için hastaya tüm konforu sağlayacağı girişim grubunda ki tüm hastalara açıklandı.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, SPSS ( Statistical Packages for the Social Sciences) 20,0 paket programı kullanıldı. Sayı ve yüzde olarak değer verilmesi, verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ( Frekans, yüzdelerik dağılım) ve niteliksel verilerin gruplar arası dağılımlarını kıyaslamada ki-kare kullanıldı.

**İstatistiksel Yöntem:** Veri toplama formlarından elde edilen orijinal veriler aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak, nominal veriler ise frekans ve yüzde olarak değerlendirildi.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan katarakt ameliyatı olacak hastaların tanıtıcı özellikleri ve ameliyata ilişkin bilgileri ile durumluluk ve süreklilik kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılmalarına yer verildi. Araştırmaya girişim grubunda 57 hasta, kontrol grubunda 57 hasta olmak üzere 114 kataraktlı birey katıldı.

**Tablo 1. Katarakt Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri (N=114)**

Tanıtıcı Özellikler	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=57		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Yaş</b>						
46-50 yaş grubu	3	5,3	5	8,8	-	0,358
51 yaş ve üstü	54	94,7	52	91,2		
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	30	52,6	31	54,4	-	0,500
Erkek	27	47,4	26	45,56		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	38	66,7	38	66,7	-	0,574
Bekar	19	33,3	19	33,3		
<b>Öğrenim durumu</b>						
Okuma yazma bilmiyor	16	28,1	25	43,9	11,443	0,022
İlkokul	25	43,9	29	50,9		
Ortaokul	8	14,0	2	3,5		
Lise	6	10,5	2	1,8		
Yüksekokul ve üzeri	2	3,5	-	-		
<b>Meslek</b>						
Memur	0	-	1	1,8	3,452	0,485
Serbest	1	1,8	0	-		
İşçi	5	8,8	2	3,5		
Çalışmıyor	12	21,1	14	24,6		
Emekli	39	68,4	40	70,2		
<b>Sosyal güvence</b>						
Emekli sandığı	11	19,3	6	10,5	3,900	0,420
Bağ kur	3	5,3	8	14,0		
SSK	38	66,7	37	64,9		
Yeşil kart	3	5,3	4	7,0		
Sosyal güvence yok	2	3,5	2	3,5		
<b>Yaşadığı yer</b>						
Köy	2	3,5	2	3,5	3,119	0,374
Kasaba	0	-	3	5,3		
İlçe	7	12,3	6	10,5		
İl	48	84,2	46	80,7		
<b>Kimlerle yaşadığı</b>						
Yalnız	4	7,0	4	7,0	0,633	0,889
Ailesi ile	42	73,7	45	78,9		
Huzur evinde	1	1,8	1	1,8		
Akrabaları ile	10	17,5	7	12,3		

X<sup>2</sup> = Pearson ki kare test, \*Fisher exact test

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Girişim grubundaki hastaların %94,7’si 51 yaş üstü, %52,6’sı kadın, %66,7’si evli olup, kontrol grubundaki hastaların da %91,2’si 51 yaş ve üstü hastaların, %54,4’ü kadın, %66,7’si de evlidir. Grupların homojen dağıldığı görülmektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 1).

Hastaların öğrenim durumları incelendiğinde; girişim grubunun %43,9’unun ilkokul mezunu, kontrol grubunun ise %50,9’unun ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Gruplar homojen dağılmamıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hastaların meslekleri incelendiğinde; girişim grubu olanların %68,4’ünün emekli, kontrol grubunun da benzer şekilde %70,2’sinin emekli olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubunun her ikisinde de yalnızca %3,5 hastanın sosyal güvencesi olmadığı tespit edildi. Hastaların yaşadıkları yer incelendiğinde girişim (%84,2) ve kontrol (%80,7) grubunun çoğunluğunun il merkezinde yaşadığı saptandı. Hastaların birlikte yaşadıkları kişiler incelendiğinde; girişim grubundan %73,7 hastanın, kontrol grubundan da %78,9’unun ailesi ile yaşadıkları belirlendi. Grupların bu değişkenler açısından homojen dağıldığı görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 2. Katarakt Hastalarının Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özellikleri (N=114)**

<b>Hastalık Özellikleri</b>	<b>Girişim Grubu n=57</b>		<b>Kontrol Grubu n=57</b>		<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumu</b>						
Bilgi aldı	45	78,9	6	10,5	-	0,000*
Bilgi almadı	12	21,1	51	89,5	-	
<b>Bilgiye kaynağı</b>						
	<b>n=45</b>		<b>n=6</b>			
Kitle iletişim araçlarından	1	2,2	1	16,7		
Arkadaşlarından	0	-	2	33,3	25,953	0,000*
Sağlık kuruluşundan	37	82,2	0	-		
Doktorumdan	7	15,6	2	50,0		
<b>Daha önce katarakt ameliyatı varlığı</b>						
Evet	17	29,8	16	28,1	-	0,500
Hayır	40	70,2	41	71,9	-	
<b>Katarakt ameliyatı olacağı göz</b>						
Sağ göz	28	49,1	34	59,6	-	0,347
Sol göz	29	50,9	23	40,4	-	
<b>Ailede katarakt ameliyatı olma durumu</b>						
Evet	28	49,1	18	31,6	-	0,084
Hayır	29	50,9	39	68,4	-	
<b>Anksiyete için profesyonel destek alma</b>						
Destek aldı						
Destek almadı	57	100	0	-	-	0,000*
	0	-	57	100	-	
<b>Katarakt ameliyatı hakkında bilgi alma</b>						
Evet aldım	57	100	0	-	-	0,000*
Hayır almadım	0	-	57	100	-	
<b>Kronik hastalığı varlığı</b>						
*Var	32	56,1	31	54,4	-	0,500
Yok	25	43,9	26	45,6	-	

X<sup>2</sup> = Pearson ki kare test, \*Fisher exact test

\*Astım, Kalp yetmezliği, Diyabet Mellitus, KOAH,

Araştırmaya katılan hastaların Katarakt Hastalarının Hastalığa İlişkin Tanıtıcı özellikleri Tablo 2’de verildi. Hastaların katarakt hakkında bilgisi olma durumu, bilgiye ulaşma durumları arasında gruplar arasında fark olduğu görülmekte olup grupların homojen olmadığı belirlendi (p<0,05). Hastaların daha önce katarakt ameliyatı deneyimleme, katarakt ameliyatı olacağı göz (sağ/sol) ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olup grupların homojen dağıldığı görülmektedir (p<0,05).

Hastaların ameliyata ilişkin endişeleri için psikodestek alma durumları ve ameliyat hakkında bilgi alma durumlarının gruplar arasında homojen dağılmadığı görülmektedir ( $p<0,05$ ).

Grupların kronik hastalık varlıkları incelendiğinde girişim grubundaki hastaların %56,1'inde, kontrol grubundaki hastaların da %54,4'ünün kronik hastalığının olduğu belirlendi. Grupların kronik hastalık varlığı açısından homojen dağıldığı görülmektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 3. Katarakt Hastalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri (N=114)**

Özellikler	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=57		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Sigara kullanma durumu</b>						
Evet	18	31,6	19	33,3	-	0,500
Hayır	39	68,4	38	66,7		
<b>Sigara kullanma süresi</b>						
	n=18		n=19			
6-10yıldır	1	5,6	0	-	3,446	0,328
11-15 yıldır	1	5,6	0	-		
11-15yıldır	1	5,6	0	-		
16 yıl ve üzeri	15	83,3	19	100		
<b>Sigara tüketimi/ günlük</b>						
	n=18		n=19			
1-5 adet	1	5,6	1	5,3	7,550	0,056
6-10 adet	5	27,8	0	-		
11-15 adet	0	-	2	10,5		
16 adet ve daha fazla	12	66,7	12	84,2		

X<sup>2</sup> = Pearson Ki kare test, \*Fisher exact test

Katarakt hastalarının sigaraya ilişkin özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Girişim grubunda bulunan hastaların %31,6’sı kontrol grubundaki hastaların da %33,3’ünün sigara kullandığı, sigara kullananların ise her iki grupta da çoğunluğunun 16 yıl ve üzeri süredir sigara kullandığı belirlendi. Günlük sigara tüketimleri incelendiğinde ise; girişim grubundaki hastaların %66,7’sinin, kontrol grubundaki hastaların is %84,2’sinin 16 adet ve daha fazla/gün sigara tükettikleri tespit edildi (p>0,05) (Tablo 3).

**Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Durumluluk-Süreklilik Kaygı Puanlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=114)**

Kaygı Puanları	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=57		MU	p
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss		
Durumluluk kaygı puanları	31,754	6,406	50,193	8,576	293,500	0,000*
Süreklilik kaygı puanları	44,105	7,843	49,947	6,634	896,500	0,000*

*MU= Mann whitney U test\*p<0,05*

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların durumluluk-süreklilik kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4’de incelendi.

Girişim grubundaki hastaların durumluluk **puan ortalaması** 31,754±6,406 iken, kontrol grubundaki hastaların durumluluk puan ortalamaları 50,193±8,576 olarak bulundu. Grupların durumluluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000) (Tablo 4).

Girişim grubundaki hastaların süreklilik **puan ortalaması** 44,105±7,843 iken, kontrol grubundaki hastaların süreklilik puan ortalamaları 49,947±6,634 olarak bulundu. Grupların süreklilik kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000) (Tablo 4).

**Tablo 5. Hastaların Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Hasta Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

Özellikler	Girişim Grubu (n=57)		Kontrol Grubu (n=57)	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>Yaş</b>				
41-55 yaş grubu	32,667	1,528	49,800	10,010
56 yaş üzeri	31,704	6,575	50,231	8,538
<i>T</i>		0,251		-0,106
<i>P</i>		0,803		0,916
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	31,733	6,938	49,613	9,138
Erkek	31,778	5,892	50,885	7,976
<i>T</i>		-0,026		-0,554
<i>P</i>		0,979		0,582
<b>Medeni durum</b>				
Evli	30,711	6,405	48,842	9,915
Bekar	33,842	6,040	52,895	3,900
<i>T</i>		-1,773		-1,710
<i>P</i>		0,082		0,093
<b>Öğrenim durumu</b>				
Okuma yazma bilmiyor	32,063	2,594	50,200	8,841
İlkokul	33,440	7,405	50,828	8,067
Ortaokul	28,250	8,379	50,500	6,364
Lise	28,667	5,680	31,000	
Yüksekokul ve üzeri	31,500	0,707		
<i>KW</i>		3,361		2,464
<i>P</i>		0,499		0,482
<b>Meslek</b>				
Memur	-	-	30,000	-
Serbest	32,000	-	-	-
İşçi	37,800	6,058	51,500	6,364
Çalışmıyor	30,250	10,037	52,000	9,240
Emekli	31,436	4,672	50,000	8,022
<i>F</i>		0,813		2,212
<i>P</i>		0,156		0,097
<b>Sosyal güvence</b>				
Emekli sandığı	32,364	5,372	47,833	9,806
Bağ kur	33,000	4,359	48,125	10,384
SSK	31,316	7,193	50,243	8,466
Yeşil kart	32,000	1,000	56,500	4,725
Sosyal güvence yok	34,500	4,949	52,000	1,414
<i>F</i>		0,179		0,781
<i>P</i>		0,948		0,543
<b>Yaşadığı yer</b>				
Köy	26,0000	8,485	33,500	2,121
Kasaba	-	-	56,000	1,732
İlçe	39,7143	9,945	55,166	2,639
İl	30,8333	4,799	49,891	8,514
<i>F</i>		8,501		4,332
<i>P</i>		<b>0,001*</b>		0,008
<b>Kimlerle yaşadığı</b>				
Yalnız	31,750	0,957	53,500	3,696
Ailesi ile	31,857	7,432	48,955	9,072
Huzur evinde	31,000	-	57,000	-
Akrabaları ile	31,400	1,776	55,285	4,386
<i>F</i>		0,017		1,592
<i>P</i>		0,997		0,202

*t= Independent t test; KW= Kruskal-Wallis Test; F=Anova; \*p<005*

Araştırmaya katılan hastaların durumluluk kaygı puan ortalamalarının hasta tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırması Tablo 5’de verildi.

Girişim grubundaki hastaların durumluluk kaygı puanları ile yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları, öğrenim durumları, meslekleri, sosyal güvenceleri ve birlikte yaşadıkları kişi değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ). Girişim grubundaki hastaların yaşadıkları yer ile durumluluk puanları arasında gruplar arasında fark olduğu görülmektedir. Köyde yaşayanların ( $26,000\pm 8,485$ ) il ve ilçede yaşayanlara göre kaygı puanları daha düşük olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,001$ ) (Tablo 5).

Kontrol grubundaki hastaların durumluluk kaygı puanları ile yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları, öğrenim durumları, meslekleri, sosyal güvenceleri ve yaşadıkları yer ve birlikte yaşanan kişi değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).



**Tablo 6. Katarakt Hastalarının Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Hastanın Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

Özellikler	Girişim Grubu (n=57)		Kontrol Grubu (n=57)	
	$\bar{X}$	Ss	$\bar{X}$	Ss
<b>Yaş</b>				
41-55 yaş grubu	36,000	4,000	54,800	4,438
56 yaş üzeri	44,555	7,776	49,480	6,652
<i>T</i>		-1,880		1,743
<i>P</i>		0,065		0,087
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	48,466	5,703	53,290	5,349
Erkek	39,259	7,063	45,961	5,820
<i>T</i>		5,438		4,949
<i>P</i>		<b>0,000*</b>		<b>0,000*</b>
<b>Medeni durum</b>				
Evli	42,289	7,333	49,157	6,973
Bekar	47,736	7,744	51,526	5,748
<i>T</i>		-2,595		-1,278
<i>P</i>		<b>0,012*</b>		0,207
<b>Öğrenim durumu</b>				
Okuma yazma bilmiyor	49,875	5,931	51,440	5,635
İlkokul	44,320	7,431	49,344	6,043
Ortaokul	40,125	5,986	52,000	5,656
Lise	35,667	4,760	26,000	-
Yüksekokul ve üzeri	36,500	4,949	-	-
<i>F</i>		6,979		6,303
<i>P</i>		<b>0,000*</b>		<b>0,001*</b>
<b>Meslek</b>				
Memur	-	-	45,000	-
Serbest	39,000	-	-	-
İşçi	44,600	9,838	45,500	0,707
Çalışmıyor	44,916	4,888	54,214	7,229
Emekli	43,923	8,520	48,800	5,979
<i>F</i>		0,189		3,136
<i>P</i>		0,903		<b>0,033*</b>
<b>Sosyal güvence</b>				
Emekli sandığı	41,636	7,9778	49,500	5,958
Bağ kur	44,000	5,196	48,000	7,091
SSK	44,236	7,659	49,945	6,835
Yeşil kart	44,667	11,718	53,750	6,291
Sosyal güvence yok	54,500	4,949	51,500	6,363
<i>F</i>		1,171		0,517
<i>P</i>		0,334		0,724
<b>Yaşadığı yer</b>				
Köy	49,500	12,000	52,500	2,121
Kasaba	-	-	49,333	0,577
İlçe	44,285	8,577	48,166	9,745
İl	43,854	7,715	50,108	6,583
<i>F</i>		0,490		0,250
<i>P</i>		0,615		0,861
<b>Kimlerle yaşadığı</b>				
Yalnız	43,250	6,849	50,250	0,957
Ailesi ile	42,785	7,841	49,422	7,146
Huzur evinde	40,000	-	49,000	-
Akrabaları ile	50,400	5,719	53,285	4,535
<i>F</i>		2,923		0,683
<i>P</i>		<b>0,042*</b>		0,567

Araştırmaya katılan katarakt hastalarının süreklilik kaygı puan ortalamalarının hastanın tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırması Tablo 6'da verildi.

Girişim grubundaki hastaların süreklilik kaygı puanları ile yaş grupları, meslekleri, sosyal güvenceleri, yaşadıkları yer değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ). Hastaların süreklilik puanları ile cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve kimlerle yaşadığı değişkenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6).

Kontrol grubundaki katarakt hastalarının süreklilik kaygı puanları ile yaş grupları, öğrenim durumları, sosyal güvenceleri ve yaşadıkları yer ve birlikte yaşanan kişi değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ). Hastaların süreklilik puanları ile cinsiyet, öğrenim durumu ve meslek değişkenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 7. Katarakt Hastalarının Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Kataraktla İlgili Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

Özellikler	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=57	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>Katarakt hakkında bilgisi olma durumu</b>				
Bilgi aldı	31,378	5,005	47,167	9,474
Bilgi almadı	33,167	10,294	50,549	8,495
<b>T</b>	-0,857		-0,912	
<b>P</b>	0,395		0,366	
<b>Bilgiye ulaştığı yer</b>				
Kitle iletişim araçlarından	22,000	-	53,000	-
Arkadaşlarından	-	-	42,000	16,970
Sağlık kuruluşundan	33,135	3,065	-	-
Doktordan	23,428	4,468	48,667	5,773
<b>F</b>	29,551		0,398	
<b>P</b>	<b>0,000*</b>		0,702	
<b>Daha önce katarakt ameliyatı olma durumu</b>				
Evet	32,117	6,725	48,687	8,475
Hayır	31,600	6,348	50,780	8,647
<b>T</b>	0,277		-0,826	
<b>P</b>	0,783		0,413	
<b>Katarakt ameliyatı olacağı göz</b>				
Sağ göz	32,321	7,567	49,000	10,045
Sol göz	31,206	5,122	51,956	5,514
<b>T</b>	0,653		-1,284	
<b>P</b>	0,516		0,204	
<b>Ailede katarakt ameliyatı olma durumu</b>				
Evet	29,714	5,276	50,611	8,513
Hayır	33,7224	6,860	50,000	8,708
<b>T</b>	-2,467		0,248	
<b>P</b>	<b>0,017*</b>		0,805	
<b>Kronik hastalığı olma durumu</b>				
Var	32,031	6,674	47,871	9,749
Yok	31,400	6,164	52,961	6,003
<b>T</b>	0,366		-2,318	
<b>P</b>	0,716		0,024	

*t= Independent t test; F=Varyans analizi ANOVA \*p<005*

Katarakt hastalarının durumluluk kaygı puan ortalamalarının kataraktla ilgili tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmektedir.

Girişim grubundaki hastaların durumluluk kaygı puanları ile katarakt hakkında bilgisi olma, daha önce katarakt ameliyatı olma, ameliyat olacağı göz (sağ/sol), kronik hastalığı olma değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ). Girişim grubundaki hastaların katarakt hakkında bilgi aldıkları yer ile ailede katarakt ameliyatı olma durumu ile durumluluk puanları arasında gruplar arasında fark olduğu

görülmektedir. Bilgiye sağlık kuruluşundan ulaştığını söyleyenlerin (33,135±3,065) diğer gruplara göre kaygı puanları daha düşük olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yine ailede katarakt ameliyatı olmuş aile üyeleri olanların (29,714±5,276) katarakt ameliyatı deneyimi olmayanlara göre durumluluk kaygı puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,017) (Tablo 7).

Kontrol grubundaki hastaların durumluluk kaygı puanları ile katarakt hakkında bilgisi olma, bilgiyi aldığı yer, daha önce katarakt ameliyatı olma, ameliyat olacağı göz (sağ/sol), ailede katarakt ameliyatı deneyimi olma, kronik hastalığı olma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05) (Tablo 7).

**Tablo 8. Katarakt Hastalarının Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Kataraktla İlgili Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

Özellikler	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=57	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>Katarakt hakkında bilgisi olma durumu</b>				
Bilgi aldı	43,400	7,909	46,000	4,647
Bilgi almadı	46,750	7,300	50,411	6,711
<b>T</b>	-1,323		-1,560	
<b>P</b>	0,191		0,124	
<b>Bilgiye ulaştığı yer</b>				
Kitle iletişim araçlarından	28,000	-	43,000	-
Arkadaşlarından	-	-	46,000	0,000
Sağlık kuruluşundan	44,000	8,256	-	-
Doktordan	42,428	2,636	47,000	6,928
<b>F</b>	2,163		0,188	
<b>P</b>	0,128		0,838	
<b>Daha önce katarakt ameliyatı olma durumu</b>				
Evet	39,941	6,514	51,062	6,413
Hayır	45,875	7,756	49,512	6,745
<b>T</b>	-2,763		0,790	
<b>P</b>	<b>0,008*</b>		0,433	
<b>Katarakt ameliyatı olacağı göz</b>				
Sağ göz	45,250	8,369	49,529	6,916
Sol göz	43,000	7,275	50,565	6,294
<b>T</b>	1,084		-0,575	
<b>P</b>	0,283		0,568	
<b>Ailede katarakt ameliyatı olma durumu</b>				
Evet	43500	8,034	51,166	5,972
Hayır	44,689	7,751	49,384	6,919
<b>T</b>	-0,569		0,942	
<b>P</b>	0,572		0,350	
<b>Kronik hastalığı olma durumu</b>				
Var	45,625	7,778	50,645	7,481
Yok	42,160	7,641	49,115	5,486
<b>T</b>	1,682		0,865	
<b>P</b>	0,098		0,391	

*t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; \*p<005*

Katarakt hastalarının süreklilik kaygı puan ortalamalarının kataraktla ilgili tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 8'de incelendi.

Girişim grubundaki hastaların süreklilik kaygı puanları ile katarakt hakkında bilgisi olma, bilgiyi aldığı yer, daha önce katarakt ameliyatı olma, ameliyat olacağı göz (sağ/sol), kronik hastalığı olma değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ). Girişim grubundaki hastaların ailesinden birinin katarakt ameliyatı deneyimi olması ile süreklilik kaygı puan ortalamaları arasında gruplar arasında fark olduğu

görülmektedir. Ailede katarakt ameliyatı olmuş aile üyeleri olanların ( $39,941 \pm 6,514$ ) katarakt ameliyatı deneyimi olmayanlara göre süreklilik kaygı puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,008$ ) (Tablo 8).

Kontrol grubundaki hastaların süreklilik kaygı puanları ile katarakt hakkında bilgisi olma, bilgiyi aldığı yer, daha önce katarakt ameliyatı olma, ameliyat olacağı göz (sağ/sol), ailede katarakt ameliyatı deneyimi olma, kronik hastalığı olma değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9. Katarakt Hastalarının Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması**

Özellikler	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=57	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>Durumluluk Kaygı</b>				
<b>Sigara kullanma durumu</b>				
Evet	33,222	3,281	50,210	8,879
Hayır	31,076	7,360	50,184	8,541
<b>T</b>		1,179		0,011
<b>P</b>		0,243		0,991
<b>Sigara tüketimi/ günlük</b>				
1-5 adet	38,000	-	56,000	-
6-10 adet	35,000	4,000	-	-
11-15 adet	-	-	54,000	4,242
16 adet ve daha fazla	32,083	2,429	49,375	9,408
<b>F</b>		3,153		0,436
<b>P</b>		0,072		0,654

*t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; \*p<005*

Katarakt hastalarının durumluluk kaygı puan ortalamalarının sigara içmeye ilişkin özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 9’da verildi.

Girişim grubundaki hastaların durumluluk kaygı puanları ile sigara içme durumları ve sigara içenlerin günlük sigara tüketimleri katarakt hakkında bilgisi olma değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

Kontrol grubundaki hastaların da durumluluk kaygı puanları ile sigara içme durumları ve sigara içenlerin günlük sigara tüketimleri katarakt hakkında bilgisi olma değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 10. Katarakt Hastalarının Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması**

Özellikler	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=57	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>Süreklilik Kaygı</b>				
<b>Sigara kullanma durumu</b>				
Evet	39,611	5,771	46,421	6,474
Hayır	46,179	7,860	51,710	6,053
<b>T</b>	-3,167		-3,039	
<b>P</b>	<b>0,003</b>		<b>0,004</b>	
<b>Sigara tüketimi/ günlük</b>				
1-5 adet	38,000	-	45,000	-
6-10 adet	41,600	2,561	-	-
11-15 adet	-	-	50,500	2,121
16 adet ve daha fazla	38,916	4,718	46,000	6,889
<b>F</b>	0,392		0,426	
<b>P</b>	0,682		0,660	

*t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; \*p<005*

Katarakt hastalarının süreklilik kaygı puan ortalamalarının sigara içmeye ilişkin özellikleri ile karşılaştırılması’da verildi.

Girişim grubundaki katarakt hastalarının süreklilik kaygı puanları ile sigara içme durumu arasında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,003) (Tablo 10). Katarakt hastalarının süreklilik kaygı puanları ile sigara içenlerin günlük sigara tüketim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0,05) (Tablo 10).

Kontrol grubundaki katarakt hastalarının süreklilik kaygı puanları ile sigara içme durumu arasında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,004) (Tablo 10). Katarakt hastalarının süreklilik kaygı puanları ile sigara içenlerin günlük sigara tüketim durumları arasındaki istatistiksel olarak fark yoktur (p>0,05) (Tablo 10).



## 1. TARTIŞMA

Katarakt dünyada körlüğün en önemli sebeplerindendir. Dünya nüfusunda 161 milyon kişide görme bozukluğu olduğu ve bunların yaklaşık 37 milyon kişininin kör olduğu Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre tahmin edilmektedir (35). Dünya genelinde yaşlı sayısı oranı artmaktadır. 2020 yılında kataraktın sebep olduğu kör insan sayısının 40 milyona ulaşacağını Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bildirmektedir. Katarakt da tek tedavi yöntemi cerrahidir. Bu bilgiler doğrultusunda katarakt cerrahisinin de sayının üç katına çıkması anlamına gelmektedir (36, 119).

Hastaneye yatmak ve hasta olmak insanların yaşamını birçok yönden olumsuz etkiler, hastaların endişelerinin ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olur (16). Benzer hastalıkla karşılaşanlar, durumları hakkında farklı tepkiler gösterebilirler ve farklı görüşlere sahip olabilir (4). Elektif operasyon uygulanacak birçok hasta anksiyete tanımlar ve bu beklenen bir cevap olarak kabul edilir (6).

Planlı ameliyat öncesi hastalara verilecek eğitim ve bakım, hastaları ruhsal ve fiziksel olarak ameliyata hazırlar. Hastanede hastaya bakımı sağlayacak en uygun kişi hemşirelerdir. Ameliyat öncesinde hemşirelik bakımı, fizyolojik, psikolojik ve hasta eğitimi ile yapılır. Hastaların kaygı yaşamalarına neden olabilecek etmenlerin dikkate alınması bakımı etkin kılacaktır (7).

Ameliyat öncesi anksiyete için STAI ölçeğinin, d

rde altın standart olarak kabul edilmektedir (120).

Bu bilgiler doğrultusunda katarakt cerrahisi uygulanacak 114 hastanın yarısına ameliyat öncesi dönemde eğitim vererek, diğer yarısına eğitim verilmeyerek, postoperatif 6. saatte, hem eğitim verdiğimiz, hem eğitim vermediğimiz hastaların anksiyete düzeylerinin araştırılmasına yönelik bir çalışma yaptık.

### **5.1 Girişim ve Kontrol Grubundaki Katarakt Hastalarının Durumluluk-Süreklilik Kaygı Puanlarının Ortalamaları**

Girişim ve kontrol grubundaki katarakt hastalarının durumluluk-süreklilik kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4’de incelenmiştir.

Çalışmamızda, çalışma grubuna alınan katarakt ameliyatı olan, eğitim verdiğimiz hastaların **durumluk anksiyete puanı ortalaması** (STAI-I değeri)  $31,754 \pm 6,406$  olarak saptanırken, eğitim vermediğimiz hastaların durumluk anksiyete puanı ortalaması (STAI –I değeri)  $50,193 \pm 8,576$  olarak saptandı. Grupların durumluluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,000$ ) . Girişim grubundaki eğitim verilen hastaların **süreklilik puan ortalaması**  $44,105 \pm 7,843$  iken, kontrol grubundaki eğitim verilmeyen hastaların süreklilik puan ortalamaları  $49,947 \pm 6,634$  olarak bulunmuştur. Grupların süreklilik kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,000$ ) (Tablo 4).

Yapılan araştırmalar arasında, girişimsel işlem öncesi hastaların bilgi gereksinimine ihtiyaç duyduğu ve yeterince bilgilendirilmediğini göstermektedir Vezire Alak (121, 123). Hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası olan eğitim, ameliyat öncesinde hastalara verildiğinde, ameliyat sonuçlarına olumlu yönde etki ettiği ve kaliteli hemşirelik bakımının bir göstergesi olduğu kabul edilmiştir (122).

Girişimsel işlemlerle ilgili bilgi sahibi olmayan hastalar genelde anksiyete ve korku yaşamaktadır (123). Başka bir çalışmada katarakt ameliyatı öncesinde, ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim yapılan hastalarda, ameliyat öncesinde 150 hastanın anksiyete düzeyi STAI ölçeği ile ölçülmüş ve hastalarda anksiyete düzeyinin azaldığı belirlenmiştir Morel (124). Çalışmamızda da ameliyat öncesi anksiyete katarakt cerrahisi uygulanacak grupta girişim grubu anksiyete ortalaması düşük, kontrol grubunda yüksek bulunmuştur.

Kanada’da yapılan ‘Bir poliklinikte anestetik değerlendirme preoperatif anksiyete azaltır’ konulu bir çalışmada, hastalar geçirecekleri cerrahiyle ilgili artan bilgi, durumluk kaygı düzeylerini azaltabileceği, tanı konmayan, ancak cerrahiye bilen hastalarda durumluk kaygı düzeyi düşük bulunarak ( $P = 0.038$ ) sonuçlarına ulaşılmıştır (125).

“Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması” konulu bir çalışmada 107 hastaya ameliyat öncesi dönemde birebir görüşme ile sözel bilgilendirme yapılmış. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde iki ayrı anksiyete ölçeği uygulanmış. Ameliyat sonrası dönemde anksiyete düzeylerini belirlemek

amacıyla 4-6. saatleri arasında yine STAI FORM TX-1 anket formu uygulanmış. Anksiyete skorları arasındaki ilişki incelendiğinde, Anket 2 anksiyete skorunun, Anket 1 anksiyete skoruna göre daha düşük olduğu tespit edilmiş. Anksiyete skorundaki bu azalma da istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,001$ ) bulunarak, bilgilendirmenin anksiyeteyi azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (126).

“Planlı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerinin incelenmesi” konulu bir çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanları sınıflandırılması, hafif (20-39), orta (40-59), ağır (60-79), panik ( $80<$ ) olarak yapılmıştır (118). Çalışmamızda, çalışma grubuna alınan katarakt ameliyatı olacak eğitim verilen hastaların **durumluk anksiyete puanı ortalama** (STAI –I değeri)  $31,754\pm6,406$  olarak, eğitim vermediğimiz hastaların durumluk anksiyete puanı ortalaması (STAI –I değeri)  $50,193\pm8,576$  olarak bulunmuştur. Eğitim verilen hastaların **süreklilik puan ortalaması**  $44,105\pm7,843$  iken, kontrol grubundaki eğitim verilmeyen hastaların süreklilik puan ortalamaları  $49,947\pm6,634$  olarak bulunmuştur. Grupların süreklilik kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmamız, literatür çalışmaları ile uyumlu ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuş. Çalışmamızda da ameliyat öncesi anksiyete katarakt cerrahisi uygulanacak her iki grup değerlendirildiğinde eğitim verilen girişim grubu, kontrol grubuna göre anksiyete puan ortalaması düşüktür. Ameliyat öncesi gerekli eğitim ve bilgilendirmenin anksiyeteyi azalttığı düşünülmektedir.

## **5.2. Katarakt Hastalarının Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Hasta Tanıtıcı Özellikleri**

Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının hasta tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırması **Tablo 5’de** verilmiştir. Çalışmamızda girişim grubundaki hastaların yaşadıkları yer ile durumluk puanları arasında gruplar arasında fark olduğu görülmektedir. Köyde yaşayanların ( $26,000\pm8,485$ ) il ve ilçede yaşayanlara göre kaygı puanları daha düşük olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,001$ ) (**Tablo 5**).

Çalışmamızda yaşanan yer ile ameliyat öncesi anksiyete puanları karşılaştırıldığında, köyde yaşayanların il ve ilçede yaşayanlara göre **durumluluk kaygı puanları** daha düşük olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. “Anksiyete

Bozuklukları” isimli kitapta şehirde yaşayanlarda kırsal kesimde yaşayanlara göre panik bozukluğu riski iki kat artmakta olduğu ifade edilmiştir. (127). Yurtdışında yapılan “Genel nüfus araştırmalarına dayalı zihinsel rahatsızlıkların yaygınlığı” isimli bir çalışmada kent ve kırsal kesimde yaşayanlar içinde Amerika ve Avustralya çalışmalarında fark bulunamazken, Almanya da yürütülen çalışmada şehirde ikamet edenlerde depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır (128 ). Bu sonuçlar ile birlikte değerlendirildiğinde yaşanan yerin ameliyat öncesi anksiyeteye etki ettiğini, köyde yaşayanların, il ve ilçede yaşanlara göre daha az anksiyete yaşadıklarını düşündürmektedir.

### **5.3 Katarakt Hastaların Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Hasta Tanıtıcı Özellikleri ile Tartışılması**

Araştırmaya katılan hastaların süreklilik kaygı puan ortalamalarının tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırmasında, girişim ve kontrol grubundaki katarakt hastalarının süreklilik puanları ile **cinsiyet**, farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (**Tablo 6**). Anksiyete ve cinsiyet arasındaki ilişki, 320 hasta ile yapılan bir araştırmada değerlendirilmiştir (129). Erkeklerin kadınlara oranla anksiyetelerinin

ksek olduğunu bildirmişlerdir. 96 hasta ile yapılan başka bir çalışmada STAI oranı kadınlar için  $42,9\pm 12,8$ , erkekler için  $38,2\pm 12,3$  bulmuş ve bu farkın istatistik olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir (130)

ksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Ara

lmesi, kadınlarda aileden ayrılmaya bağlı anksiyetenin erkeklerden daha yoğun yaşamlarından kaynaklandığını düşündük.

Çalışmamızda kataraktlı bireylerin çoğunluğu kadınlardan oluşmuştur (Tablo 1). Katarakt erkeklerde, kadınlara göre daha az görülmektedir. Amerika’da Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü’nün 2010 verilerine göre kataraktın cinsiyet yönünden 40 yaş üstü tüm ırklarda kadınlarda görülme sıklığı % 19.76 iken, 40 yaş üstü tüm ırklarda erkeklerde görülme sıklığı %14.26’ dır (131).

Birtakım araştırmacılar yaşın anksiyete düzeyini etkilemediği bildirmiştir (132,133). Bir araştırmada orta yaş grubunda anksiyete düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiş ve bunu orta yaşlardaki bireylerin ailelerine karşı sorumluluklarının fazla

olmasına bağlamıştır (134). Çalışmamız orta yaş grubunda yapılmış olduğunda katarakt cerrahisi için ameliyat öncesi anksiyete değerlerinin değişmediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan katarakt hastalarının **süreklilik kaygı puan ortalamalarının hasta tanıtıcı özellikleri** ile karşılaştırmasında, girişim ve kontrol grubundaki Hastaların süreklilik puanları ile **medeni durum** istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (**Tablo 6**). Yapılan bir çalışmada dul hastalarda anksiyete sıklığı bekar ve evli gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (135). Çalışmamız bu çalışma ile uyumludur. Çalışmamıza katılan hastalar arasında bekar ve dul hasta sayısı evli hastalara göre çoğunluktadır.

Araştırmaya katılan katarakt hastalarının **süreklilik kaygı puan ortalamalarının hastanın tanıtıcı özellikleri** ile karşılaştırmasında, girişim ve kontrol grubundaki Hastaların süreklilik puanları ile **öğrenim durumu**, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (**Tablo 6**). Literatürde eğitim düzeyi ile paralel anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bir takım çalışmalarda eğitim düzeyinin anksiyeti etkilemediği bildirilmiştir (132,136). Bir çalışmada lise ve yüksek okul mezunlarının anksiyete düzeylerinin hafif olduğu, ilk ve ortaokul mezunu bireylerin anksiyete düzeylerinin orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Her iki grupta karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (118). Çalışmamızda okuma yazma bilmeyen ve ilkokul mezunlarının anksiyete düzeylerinin düzeyde olduğu tespit edildi. Fakat eğitim grupları arasında durumluluk anksiyetesi yönünden anlamlı fark bulunmadı. Bu sonuçlara göre çalışmamızda ameliyat öncesi anksiyeteyi eğitim durumu etkilemezken, süreklilik anksiyetesi üzerine etkili gözükmektedir.

Araştırmaya katılan katarakt hastalarının **süreklilik kaygı puan ortalamalarının hastanın tanıtıcı özellikleri** ile karşılaştırmasında, kontrol grubundaki hastaların süreklilik puanları ile **meslek**, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (**Tablo 6**). Yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi anksiyete meslek alt gruplarında istatistiksel olarak bir fark bulunmazken, emekli ve ev hanımı olan hasta gruplarında anksiyete düzeyi düşük çıkmıştır (135). Birey için ameliyat olmak iş gücü kaybına neden olmaktadır. Bireyin küçük operasyonlarda bile bazen normal iş hayatına dönmesi günlerce sürebilir. Özellikle günlük para kazanılan meslekler için bireyin kazanç kapısı bir süre kapanır. Çalışmamızda özellikle çalışmayan kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeyi ağır anksiyete düzeyine yakın (54,214) bir seviyede

bulunmuştur. Ancak diğer meslek gruplarında bulunan hastaların anksiyete derecesi orta düzeyde bulunmuştur.

Araştırmaya katılan katarakt hastalarının **süreklilik kaygı puan ortalamalarının hastanın tanıtıcı özellikleri** ile karşılaştırmasında, girişim grubundaki katarakt hastaların süreklilik puanları ile **kimlerle yaşadığı** farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (**Tablo 6**). Sosyal ve aile destek sistemi hasta için potansiyel stres aracıdır. Yapılan bir çalışmada yaşlıların çocuklarının ya da akrabalarının yanında kalmaya çok sıcak bakmadıkları, onlara yük olabilecekleri, rahatsızlık verecekleri ve kendilerinin de bu anlamda rahat edemeyecekleri ifadeleri kullanılmıştır (137). Çalışmamızda aile desteğinin etkisini ölçmek amacıyla hastalarımıza kimlerle yaşadığı veri toplama formunda sorulmuştur. Girişim grubundaki hastaların süreklilik kaygı puanlarında yalnız, ailesi ile ve huzur evinde yaşayanlara göre akrabaları ile yaşayan hastaların puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

#### **5.4. Katarakt Hastalarının Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Kataraktla İlgili Tanıtıcı Özellikleri**

Girişim grubundaki hastaların katarakt hakkında bilgi aldıkları yer ile ailede katarakt ameliyatı olma durumu ile durumluluk süreklilik puanları arasında gruplar arasında fark olduğu görülmektedir. **Durumluluk** kaygı puanlarında bilgiye sağlık kuruluşundan ulaştığını söyleyenlerin ( $33,135\pm 3,065$ ) diğer gruplara göre kaygı puanları daha düşük olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yine ailede katarakt ameliyatı olmuş aile üyeleri olanların ( $29,714\pm 5,276$ ) katarakt ameliyatı deneyimi olmayanlara göre durumluluk kaygı puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,017$ ) (**Tablo 7**). Girişim grubundaki hastaların ailesinden birinin katarakt ameliyatı deneyimi olması ile **süreklilik** kaygı puan ortalamaları arasında gruplar arasında fark olduğu görülmektedir. Ailede katarakt ameliyatı olmuş aile üyeleri olanların ( $39,941\pm 6,514$ ) katarakt ameliyatı deneyimi olmayanlara göre süreklilik kaygı puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,008$ ) (**Tablo 8**).

Hastaların katarakt ile ilgili tanıtıcı bilgilere sağlık kuruluşundan ulaştığını söyleyenlerin durumluluk anksiyete puanları, diğer gruplara göre daha düşük bulundu.

Yapılan bir çalışmaya göre katarakt cerrahisi ve bilgilendirme üzerine yaptıkları çalışmada ameliyattan önce kaliteli bilgilendirme yapılan hastaların ameliyat ile ilgili bir sorun olsa da, daha az anksiyeteye sahip olduklarını, bu bilgilendirme sonucunda gereken ikincil operasyonları daha kolay kabullendiklerini belirtilmiştir (138). Bir çalışmada, cerrahi operasyon için hastaneye yatan hastaların %77 oranında ameliyat öncesi ve sonrası hastalara uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmediğini ve %95 oranında hastaların bilgi almak istedikleri yazılmış ve yayınlanmıştır (141). Yapılan başka bir çalışmada ameliyat öncesi hastaların bilgilendirilmesi ve eğitim, hastanın psikolojik olarak ameliyata hazırlanmasının ilk aşamalarındandır. Bu bilgilendirme ve eğitim ameliyata dair korku, depresyon ve kaygının azaldığını ve hastanın hastanede kalış süresinin kıaldığını öne sürmüştür. Eğitim ve bilgilendirmeden sonra hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında içsel endişe, çatışma ve korkularının ifade edebilmesini kolaylaştırır. Kaygı kaynaklarının sebepleri hastalar açısından önemli olup, sağlık çalışanları tarafından bu kaygı kaynakları araştırılmalıdır (139). Ameliyat öncesi eğitim ile ilgili yapılan araştırmalar ülkemizde, cerrahi operasyon öncesi hastaların hazırlığının, etkili olarak yapılmadığını göstermektedir (140). Çalışmamızda, ameliyat öncesi sağlık çalışanları tarafından, eğitim ve bilgilendirme yapılan girişim grubundaki hastaların durumluluk ve süreklilik puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunup kaygı puanları düşük çıkmıştır. Literatürlerde ki çalışmalar ile çalışmamız uyumlu olup, hastalar için ameliyattan önce eğitim ve bilginin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada hastaların yakınlarında veya özgeçmişlerinde, sonucundan memnun kalınmayan bir ameliyat hikâyesi olanlarda anksiyete anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hastaların geçmişte yaşanan olumsuz ameliyat hikâyelerinin tekrarlayacağı ve hastaların kendilerinde de bu durumun oluşabileceğine dair kaygı duymaları, beklenen bir durum olarak açıklanmıştır(135). Çalışmamızda ailesinde katarakt ameliyatı olmuş aile üyeleri olanların (29,714±5,276) katarakt ameliyatı deneyimi olmayanlara göre durumluluk kaygı puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

### **5.5. Hastaların Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Sigara İçmeye İlişkin Özellikleri**

Sigara katarakt gelişiminde rol oynayan bir faktördür (142, 143, 144). Yapılan deneysel bir araştırmada, kullanılan sigara miktarı ile gözdeki lenste hasar oluştuğu saptanmıştır (145). 2003 yılında yapılan bir araştırmada sigara kullanan 40 KOAH hastasının %40 oranında ki hastada katarakt olduğu belirtilmiştir (146). Yapılan bir çalışmada nikotin bağımlısı olan hastaların anksiyete ve depresyon puanları ile anksiyete duyarlılığı arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarında nikotin ve madde kullanımının oldukça sık olduğu bilinmektedir. Hastaların anksiyete duyarlılıklarının yüksek olması anksiyete ve depresyona sebep olabilmektedir (147). Çalışmamızda sigaranın ameliyat öncesi anksiyete üzerine etkisi incelendiğinde anlamlı bir sonuç elde edilmedi. Çalışmamızda girişim ve kontrol grubundaki hastaların durumluluk kaygı puanları ile sigara içme durumları ve sigara içenlerin günlük sigara tüketimleri katarakt hakkında bilgisi olma değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). Girişim ve kontrol grubundaki katarakt hastalarının süreklilik kaygı puanları ile sigara içme durumu arasında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,003$ ) (Tablo 10). Katarakt hastalarının süreklilik kaygı puanları ile sigara içenlerin günlük sigara tüketim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).



## 2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri olarak,

### **Girişim grubundaki hastaların**

- %94,7'si 51 yaş ve üstü,
- %52,6'sı kadın,
- %66,7'si evli olup,

### **Kontrol grubundaki hastaların,**

- %91,2'si 51 yaş ve üstü,
- %54,4'ü kadın,
- %66,7'si de evlidir (Tablo 1).

Katarakt ameliyatı olacak kadın hastalar, erkek hastalara oranla daha yüksek ameliyat öncesi anksiyeteye sahiptir.

### **Hastaların öğrenim durumları incelendiğinde;**

- Girişim grubunun %43,9'unun ilkokul mezunu,
- Kontrol grubunun ise %50,9' unun ilkokul mezunu olduğu görülmektedir (Tablo1).

Girişim grubundaki hastaların tamamına yakını katarakt hakkında bilgiyi sağlık kuruluşundan ve hekiminden almıştır (Tablo 2). Katarakt cerrahisi olacak, girişim ve kontrol grubundaki hastaların durumluluk-süreklilik kaygı puan ortalamalarının karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anksiyete değerleri anlamlı bulunmuştur. Ameliyattan önce eğitim verilen girişim grubunun ameliyat öncesi anksiyete derecesi, ameliyattan önce eğitim verilmeyen kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bu

değerler, katarakt cerrahisi olacak hastalarda orta düzeyde anksiyete olduğunu göstermektedir.

### **Öneriler:**

1. Literatür taramaları ve çalışmamızdan ulaşılan sonuca göre katarakt ameliyatı olacak kadın hastalar, erkeklere göre anksiyete düzeyleri daha yüksek olduğu için, ameliyat öncesi verilecek eğitimlerde kadınların anksiyete seviyelerini azaltmaya yönelik daha kapsamlı eğitim planlanması,
2. Sağlık personeli tarafından katarakt ameliyatı olacak hastalara, ameliyat öncesi anksiyetenin azaltılabilmesi için, katarakt ameliyatı hakkındaki düşünce ve duygularını daha rahat ifade etmesine fırsat tanınarak, ameliyat öncesinde, ameliyatı ve yapılacak işlemler hakkında bilgilendirilmeli ve hastalara gerekli olan psikolojik destek sağlanmalıdır. Ameliyat öncesi anksiyete gidermeye yönelik eğitim programları oluşturulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Brian G, Taylor H. “Cataract blindness-challenges for the 21st century”, *Bull World Health Organ* 2001,79:249-256.
2. Erdil F, Elbaş NÖ. *Cerrahi hastalıkları hemşireliği*,5.baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2012: 589-636.
3. Bengisu Ü. *Göz Hastalıkları*, 4.baskı, Palme yayın, Ankara, 1998.
4. Kocaman N. “Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler”,*İst. Tıp Fak. Dergisi*,2008, 71: 52- 58
5. Pritchard MJ. “Using the Hospital Anxiety and Depression Scale in surgical patients”, *Nursing Standard* 2011,25,34,35-41.
6. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C ve ark. “Preoperative anxiety detection and contributing factors”, *Anaesth* 1990,37:444-7.
7. Gürsoy A.A. “Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi”,*Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2001, 1: 23- 29.
8. Moon J, Cho K. “The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia”,*J Adv Nurs* 2001: 35:407-415.
9. Leo SW, Lee LK, Au Eong KG. “Visual experience during phaco emulsification under topical anaesthesia: a nationwide survey of Singapore ophthalmologists”, *Clin Experiment Ophthalmol* 2005,33:578-581.
10. Erkin Y, Güneç Ü, Arkan A. “Lokal anestezi ile yapılan katarakt cerrahisinde sedasyon için kullanılan midazolam ile fentanil-propofol kombinasyonunun karşılaştırılması”,*Türkiye Klin J Ophthalmoloji* 1996,5:241-244.
11. Çevik Ü, Keleş S, Keser M. “Astımlı Çocuğu Olan Anne ve Babalara Verilen Hemşirelik Eğitiminin Anksiyete Düzeylerine Etkisi”, *Genel Tıp Dergisi*, 2006, 16: 53-59.

12. Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR, Wahl AK. "Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia", *J Clin Nurs*, 2009,18: 2301-2010.
13. .Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH, Engedal K. "The Spielberger StateTrait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients", *Int J Geriatr Psychiatry*, 2005,20: 629- 634.
14. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C ve ark. "Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı", *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2010, 18:177-82.
15. Kaya H, Acaroğlu R, Şendir M, Gültaş S. "Nöroşirurji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete başetme durumuna etkisi", *İÜFN Hem Derg*, 2007, 15 (59): 75-81.
16. Karanci AN, Dirik G. "Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients", *J Psychosom Res*, 2003, 55: 363-9.
17. Berth H, Petrowski K, Balck F. "The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) - the first trial of a German version", *GMS Psychosoc Med*, 2007,4:1-8.
18. Malik A, Fletcher EC, Chong V, Dasan J. "Local anesthesia for cataract surgery", *J Cataract RefractSurg*, 2010,36:133- 152.
19. Kirby DB. *Surgery of Cataract*, Lippincott JB, Philadelphia, 1950: (a), P. 3; (b) PP 440-447, 465-466.
20. Johns CHW. "Translator: The oldest Code of laws Promulgated by Hammurabi", Editör: Clark TT, *King of Babylon*, B.C. 2285-2242, Edinburg, 1903: sections 215-221, PP, 45-47.
21. Mc Culloch C. "The zonule of zinn: Its orijin, course, and insertion and its relation to neighboring structures", *Trans Amer-Ophthal sue*, 1954, 52: 525-585.
22. Roper KL. "The Cataract operation Omaha", *Douglas printing co*, 1961.

23. Arruga H. *Ocular Surgery*, Mc. Graw-Hill Book co NewYork, 1956.
24. Duman M. *Fakoemülsifikasyon sırasında arka kapsül yırtığı gelişmesi sonrası arka kamara göz içi lensi uygulanan olgularımızın klinik sonuçları (Tez)*. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık Tezi; 2006
25. Özçetin H. *Katarakt ve Tedavisi*, 1. baskı, Scala Basım Yayım Tanıtım Sa. ve Tic.Ltd. Şti., İstanbul, 2008.
26. Clayman HM. "Evolution and current status of cataract surgery", *Ophthalmic surgery principles and techniques*, Blackwell Science, Inc, vol.2, chapter, 1999: 21: 250-56.
27. Drews RC. "Two million intraocular lenses", Editör: Stark W, Terry AC, Maumenee AE, *Anterior segment surgery*, 1 st edition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1987: 15-9.
28. Clayman HM. "İntraocular lenses", Editör: Albert DM, *Ophthalmic surgery: principles and techniques*. 1 st edition, Blackwell science inc, USA, 1999: 327-334.
29. Gözoğlu SH. *Mikroinsizyonel katarakt cerrahisi ile lens ekstraksiyonu ve arka kamara göz içi lensi yerleştirilmesi sonrası postoperatif sonuçların incelenmesi (Tez)*. T.C. Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık Tezi; 2006.
30. Uurlu DN. *Psödoeksfolyatif sendromlu katarakt olgularının fakoemülsifikasyon cerrahisinde kapsül germe halkası uygulanması (Tez)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi; 2005.
31. Abacıoğlu S. *Katarakt cerrahisi yapılacak hastalarda 1. ve 2. göz cerrahileri öncesi, hastaların endişe düzeylerinin araştırılması (Tez)*. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.

32. Meyer D, Liebenberg P. “Cataract etiology: a comprehensive review”, Editör: Agarwal S, Agarwal A, Apple DJ, Buratto L, Alio JL, Pandey SK, *Textbook of ophthalmology*, Jaypee Brothers MP Ltd, New Delhi, 2002:1587-1619
33. Halıcı H, Çilesiz İ, Elçioğlu M. “Yeni bir fakoemülsifikasyon cihazı tasarımı ve uygulanması”, *İtü Dergisi/d*,2008, 5/1: 15-26.
34. Helvacıoğlu Fİ. *Konvansiyonel ve bimanuel mikroinsizyonel fakoemülsifikasyon cerrahilerinin sert kataraktlardaki sonuçları*. (Tez). T.C. Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi; 2007.
35. Resnikoff, S, et al.“Global data on visual impairment”,*Bull World Health Organ*, 2004, 82(11): p. 844-51.
36. Thylefors B, Negrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. “Global data on blindness”, *Bull World Health Organ* 1995, 73:115-121.
37. Sadler TW. “Lagman’s medikal embriyoloji”, *Williams and Wilkins*, Baltimore, 1990: 325-328.
38. Özçetin H. *Klinik Göz Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 2003: 5: 104-111.
39. Tamçelik N, Özçetin H. *Fakoemülsifikasyon*, 1. baskı, Fikret Özsan Matbaası, İstanbul, 2004: 1-30.
40. Karel F, Işıkçelik Y, Takmaz T. “Lens metabolizması ve katarakt gelişim mekanizmaları”,*T. Klin. Oftalmoloji*, 1997, 6: 50-56.
41. Karel, F, Aydın AY, Aydın O'Dwyer P. *Lens Hastalıkları. in Temel Göz Hastalıkları*, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2001: 191-193.
42. O'Dwyer PA. *The Eye M.D Association American Academy of Ophtalmology*, Güneş kitabevi, Ankara, 2008-2009: 11: 11-17.

43. Özçetin H. *Lens ve Hastalıkları, Klinik Göz Hastalıkları*, Nobel Kitapevi, İstanbul,2003: p. 104.
44. Özçetin H. *Katarakt ve Tedavisi*, Scala Basım Yayım Tanıtım Sa. ve Tic. Ltd. Şti.,İstanbul, 2005: 6: 45.
45. Shankar H, Pesudovs K. “Critical flicker fusion test of potential vision”, *JCatarract Refract Surg* , 2007, 33:232-239.
46. Vianya-Eatopa M, Douthwaite WA, Noble BA, Elliott DB. “Capabilities of potential vision test measurements: clinical evaluation in the presence of cataract or macular disease”, *JCatarract Refract Surg*. 2006, 32(7):1151-1160.
47. Crabtree HL, Hildreth AJ, O’Connell JE, Phelan PS, Allen D, Gray CS. “Measuring visual symptoms in British cataract patients”, *The cataract symptom scale*, 1999, 83: 519–523.
48. Karel F, Aydın P, Akova A. *Lens ve hastalıkları Temel Göz Hastalıkları*, Günes Tıp Kitabevleri, 1.baskı, Ankara, 2001: 200-201.
49. Kupfer C, Bowman L. *The conquest of cataract: a global challenge*,Trans Ophthalmol Soc, U K, 1985: 104 ( Pt 1): p. 1-10.
50. Steinkuller, PG. “Cataract: the leading cause of blindness and vision loss in Africa”, *Soc Sci Med*, 1983, 17(22): p. 1693-702.
51. Weingeist TA, Liesegang T, Grand MG.“Biochemistry, in Lens and Cataract”, Editor: TFDenny M,*American Academy of Ophthalmology*, Amerika San Francisco, 2000: p. 10-17.
52. Karel F, Aslan BS, Aydın P, Akova YA. *Temel goz hastalıkları*, Gunes Kitabevi, Ankara, 2010: 347-397.
53. Brannan S, Dewar C, Sen J, Clarke D, Marshall T, Murray PI. “A prospective study of the rate of falls before and after cataract surgery”, *Br J Ophthamol*, 2003, 87: 560-562.

- 54.** Harwood RH, Foss AJ, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Maud T. "Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery", *A randomised controlled trial, Br J Ophthalmol*, 2005, 89: 53-59.
- 55.** Epidemiol J. "Risk factors for age-related cortical, nuclear, and posterior subcapsular cataracts", *The Italian-American Cataract Study Group*, 1991, 133(6): p. 541-53.
- 56.** Minassian DC, Mehra V. "3.8 million blinded by cataract each year projections from the first epidemiological study of incidence of cataract blindness", *Br J Ophthalmol*, 1990,74(6): p. 341-3.
- 57.** Hiller R, Sperduto RD and Ederer F. "Epidemiologic associations with nuclear, cortical, and posterior subcapsular cataracts", *Am J Epidemiol*, 1986, 124(6): p. 916-25.
- 58.** Oltulu R. *Diabetik Kataraktlar Retina-Vitreus*, Cilt 22 (özel sayı), 2014:117-121.
- 59.** Leske MC, Chylack Jr LT, Wu SY. "The Lens Opacities Case-Control Study. "Risk factors for cataract", *Arch Ophthalmol*, 1991, 109(2): p. 244-51.
- 60.** Kıreşi B, Özbayrak N, Gündüz K, Zengin N, Okudan S, Ay M. "Senil kataraktlı olguların lens nükleusu ve serumlarında askorbik asit düzeylerinin karşılaştırılması", *T. Klin. Oftalmoloji*, 1998,7:191-196.
- 61.** Bochow TW et al. "Ultraviolet light exposure and risk of posterior subcapsular cataracts", *Arch Ophthalmol*, 1989, 107(3): p. 369-72.
- 62.** Taylor HR et al. "Effect of ultraviolet radiation on cataract formation", *N Engl J Med*, 1988, 319(22): p. 1429-33.
- 63.** West S et al. "Cigarette smoking and risk of nuclear cataracts", *Arch Ophthalmol*, 1989, 107(8): p. 1166-9.
- 64.** Gieser SC, Schein OD. "Cataract epidemiology and world blindness", *Curr Opin Ophthalmol*, 1993, 4: 3-10.



65. Kashima K, Trus B. "Aging studies on normal lens using the Scheimpflug slit lamp camera", *Invest Ophthalmol Vis Sci*,1993, 34: 263.
66. Maraini G, Pasquini P, Sperduto RD et al. "Distribution of lens opacities in the Italian-American Case-Control Study of Age-Related Cataract", *The Italian-American Study Group Ophthalmology*, 1990, 97: 752.
67. Schein OD et al. "Cortical lenticular opacification: distribution and location in a longitudinal study",*Invest Ophthalmol Vis Sci*, 1994, 35(2): p. 363-6.
68. O'Dwyer PA. *The Eye M.D Association. American Academy of Ophthalmology Lens ve katarakt*, Güneş kitabevi, Ankara, 2008-2009: 11:43-50.
69. Karini B. *Kataraktli olgularda fakoemülsifikasyon sonrası göz içi lenslerinin görsel ve refraktif sonuçlarının, kontrast duyarlılık değişikliklerinin, arka kapsül opasifikasyonu ve residüel astigmatizmanın karşılaştırılması*(Tez). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi; 2017.
70. Stevens RE et al."Idiopathic presenile cataract formation and galactosaemia", *British Journal of Ophthalmology*, 1989, 73(1): p. 48-51.
71. Stambolian D. "Galactose and cataract",*Surv Ophthalmol*, 1988, 32:333.
72. Arıkan İ, Dallar Y, Hızel S, Tanyer G, Çağlayan A. "Konjenital kataraktli olguların etyoloji yönünden değerlendirilmesi", *Klinik Bilimler & Doktor Dergisi*,1999, 5/4: 514-516.
73. Cömerter D. *Bilateral konjenital kataraktli olgularda cerrahi tedavi ve takip sonuçlarımız* (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim VE Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi; 2017.
74. Recep ÖF, Hasrıpi H. "Çocukluk çağı kataraktlarında tedavi ve görsel rehabilitasyon",*Oftalmoloji Dergisi*,1994, 3/2: 153-160.
75. Kılıç A, Çağlar Ç, Çinal A, Yaşar T, Demirok A, Gül A. "Yetişkinlerde travmatik katarakt cerrahisi sonuçlarımız",*Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2007, 5/3: 125-128.

76. Eren MH. “Travmatik kataraktlarda zamanlama, biyometri, göz içi merceği seçimi, komplikasyonlar ve diğer problemler”, *Turk J Ophthalmol*, 2012, 42: 31-5.
77. Kanski JJ. *Klinik oftalmoloji*, 4. baskı, Nobel tıp kitapevi, İstanbul, 2007: 157-182.
78. Gök K. *Arka kapsüloreksis sonuçları, komplikasyonları ve postoperatif maküler ödem ve kalınlığın optik koherans tomografi (oct) ile değerlendirilmesi* (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. N. Reşat Belgeler Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi; 2006.
79. Kaya C. *Katarakt cerrahisinde deksmedetomidin ve remifentanilin intraoperatif sedasyonda karşılaştırılması* (Tez). T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2010.
80. Bormusov E, Reznick AZ, Dovrat A. “Potential protection by antioxidants of the action of tobacco smoke on the metabolism of cultured bovine lenses”, *Metabolomics*, 2013, 3:2.
81. Lyle BJ, Mares-Periman JA, Klein BEK, Klein R, Greger JL. “Antioxidant intake and risk of incident age-related nuclear cataracts in the Beaver Dam Eye Study”, *American Journal of Epidemiology*, 1999, 149:9.
82. WHO. “Programme for the prevention of blindness and deafnes. Global innitiative for the elimination of avoidable blindness” (WHO/PBL/99.61). Geneva: WHO, 1998: 1-2. [http://www.who.int/blindness/Vision2020\\_report.pdf](http://www.who.int/blindness/Vision2020_report.pdf) Erişim: 07 Ocak 2018.
83. Alio J, Rodriguez-Prats JL, Galal A, Ramzy M. “Outcomes of microincision cataract surgery versus coaxial phacoemulsification”, *American Academy of Ophthalmology*, 2005, 112(11):1997.
84. Weikert MP. “Update on bimanual microincision cataract surgery”, *Current Opinion in Ophthalmology*, 2006, 17: 62-67.

85. Gözoğlu S.H. *Mikroinsizyonel katarakt cerrahisi ile lens ekstraksiyonu ve arka kamara göz içi lensi yerleştirilmesi sonrası postoperatif sonuçların incelenmesi* (Tez). T.C İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Güz Hastalıkları Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi: 2006.
86. Güzüm N. “Katarakt ve tedavisi”, *Klinik Gelişim*, 2012, 25, 12-15.
87. Health Information and Quality Authority, “Health technology assessment of scheduled surgical procedures: Cataract Surgery”,2013, 5. <https://www.hiqa.ie/system/files/HTA-Cataract-Surgery-April13.pdf>  
Erişim: 7 Ocak 2018.
88. Yeter C. *Konvansiyonel ve biaksiyal mikro insizyonel fakoemülsifikasyon cerrahisi sonrası ön segment anatomik değişikliklerinin pentakam ile karşılaştırılması* (Tez)T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Güz Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi:2007.
89. Türk Dil Kurumu Ana Sayfası. “Anksiyete”, 2012. <http://www.tdk.gov.tr/>  
Erişim tarihi: 07 Ocak 2018.
90. Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz U. “Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler”, *Uluslararası Hematoloji- Onkoloji Dergisi*, 2007, 2/17: 87-93.
91. Sadock BJ, Sadock VA, RP, “Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri”, *In Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins*, 2016, p. 387–92.
92. Yüksel N. *Ruhsal Hastalıklar*,Medikal Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014: p. 193–204.
93. Akdağ A. *Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi: 2001.

94. Bayad A. *Preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ve anksiyete düzeyinin saptanması* (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi: 2017.
95. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA. “Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı”, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2011, 22-26.
96. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. “Preoperative anxiety in neurosurgical patients”, *J Neurosurg Anesthesiol*, 2009, 21: 127-130.
97. Çevik Ü, Keleş S, Keser M. “Astımlı Çocuğu Olan Anne ve Babalara Verilen Hemşirelik Eğitiminin Anksiyete Düzeylerine Etkisi”, *Genel Tıp Dergisi*, 2006, 16: 53-59.
98. Çuhadar D, Karadağ G. “Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hasta ve Yakınlarının Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi”, *Sağlık ve Toplum*, 2006, 16: 56-62.
99. Tükel R. *Anksiyete Bozuklukları*, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2000: p. 137–54.
100. Berksun O. *Anksiyete ve anksiyete bozuklukları*, 2. Baskı, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2003.
101. Stone M. *Healingthe Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present*, W.W Norton &Company. In, New York, 1997: p. 1–10.
102. Işık E. *Anksiyete Bozuklukları*, Golden Print, İstanbul, 2006: p. 4–26.
103. Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*, 10. Baskı, Metis Yayıncılık, İstanbul, 2004: p. 3–15.
104. Işık E, Uzbay T. *Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji*, 1. Baskı, Golden medya, Ankara , 2008: 36-48.

- 105.** Karaman Z. *Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi*(Tez). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi: 2011.
- 106.** Vural İ. *Anksiyete bozukluklarında somatizasyon ve tiroid hormonlarıyla ilişkisi*(Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi; 2007.
- 107.** Özakkaş T. *Anksiyete bozuklukları ve tedavi*, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, İstanbul, 2014.
- 108.** Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. “Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology”, *Br J Anaesth*, 2010, 104: 369-74.
- 109.** Kindler CH, Harms C, Amsler F. “The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients anesthetic concerns”, *Anesth Analg*, 2000, 90: 706-12.
- 110.** O’Sullivan S, Richardson M. “A nursing intervention to reduce patient’s anxiety”, *Aust. j. Adv. Nurs*, 1991, 8/ 3: 3-5.
- 111.** Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR, Wahl AK. “Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesiology”, *J Clin Nurs*, 2009, 18: 2301-10.
- 112.** Bekaroğlu M, Uluutku N, Alp K, ve ark., “Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi üzerine bir çalışma”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991, 2(4): 285-288.
- 113.** Işık E, Taner Y. *Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*, Golgen Print Yayınevi, 2006.

114. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushen RE, "STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory", *Palo Alto, CA:Consulting Psychologists Press*, 1970.
115. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş., İstanbul, 1993.
116. O'Sullivan S, Richardson M. "A nursing intervention to reduce patient's anxiety", *Aust. j. Adv. Nurs*, 1991, 8/ 3: 3-5.
117. Pager CK. "Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery", *Br J Ophthalmol*, 2005, 89: 10-13.
118. Günaydın N, Oflaz F. "Planlı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerinin incelenmesi", *Gata Bülteni*, 1998, 40: 51- 55.
119. Bilir N, Aslan D. "Körlük; 21.yüzyılın önemli bir halk sağlığı sorunu", *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2003, 13/2: 19-24.
120. Tenenbaum G, Furst D, Weingarten G. "A. statistical reevaluation of the STAI anxiety questionnaire", *J Clin Psychol*, 1985, 41: 239-44.
121. Alak V. *Hastaneye ameliyat olmak üzere gelen 7-14 yaş grubu olan çocukların korkuları ve hemşirelik uygulamaları* (Tez). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi; 1993.
122. Erdil F, Özhan Elbaş N. "Kas İskelet Sistemi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı", Erdil F, Özhan Elbaş N. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, 6. Baskı, Aydoğdu Ofset;, Ankara, 2012: s. 511-44.
123. Eti Aslan F, Olgun N. ve ark., "Effectif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyet düzeylerinin belirlenmesi", *Türk Hemşireler Dergisi*, 1997, 45(5): 18-21.
124. Morrel G. "Effect of structured preoperative teaching on anxiety levels of patients scheduled for cataractsurgery" *İnsight*, 2001, 26(1): 4-9.
125. Klopfenstein CE, Forster A, Van Gessel E. "Bir poliklinikteki anesteziik değerlendirme preoperatif anksiyeteyi azaltır" *Can J Anaesth* 2000, 47: 511-515.

- 126.** Taşdemir A. Erakgün A. Deniz MN. Çertuğ A. “Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması”, *Turk J Anaesth Reanim*, 2013, 41: 44-9.
- 127.** Alkın T. “Panik bozukluğu ve agorafobi”, Tükel R. *Anksiyete Bozuklukları*, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2000: 5-37.
- 128.** Baumeister H. Harter M. “Prevalance of mental disorders based on general population surveys”, *Soc psychiatr psychiatr epidemiol*, 2007, 42:537-46.
- 129.** Moerman N. Van Dam FS. Muller MJ. Oosting H. “The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS)”, *Anesth Analg*, 1996, 82: 445-51.
- 130.** Badner NH. Nielson WR. Munk S. Kwiatkowska C. Gelb AW. “Preoperative anxiety: Detection and contributing factors”, *Can J Anaesth*, 1990, 37: 444-7.
- 131.** National Eye Institute (NEI). “2010 U.S. Prevalent cases of cataract (in thousands) by age, gender, and race/ethnicity”, 2010. <https://nei.nih.gov/eyedata/cataract/tables> Erişim: 14.Ocak.2018.
- 132.** Domar AD. Everett L. “Preoperative anxiety: Is predictable entity?” *Anesth Analg*, 1989, 69: 763-770.
- 133.** Moerman N. Van Dam. Oosting J. “Recollections of general anaesthesia, a survey of anaesthesiological practice”, *Acta Anaesthesiol Scand*, 1992, 36: 767-771.
- 134.** Ramsay MA. “A survey of pre-operative fear”, *Anaesthesia*, 1972, 27:396-402.
- 135.** Ertuğrul B. *Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyete Durumu ve Anksiyeteye Yaklaşım (Tez)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık tezi; 2007.
- 136.** Shevde K. Panagopoulos G. “A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia”, *Anesth Analg*, 1991, 73: 190-198.

137. İli G. “Yaşlılar ve Yaşlılığın Değerlendirilmesi” *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2010, (1):1-13.
138. Vallance JH. Ahmed M. Dhillon B. “Cataract surgery and consent; recall, anxiety, and attitude toward trainee surgeons preoperatively and postoperatively”, *JCataract Refract Surg*, 2004, 30/7:85-1479.
139. Kuğu N. Berkan . Akyüz G. Doğan O. “Ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri”, *Anadolu Psikiyatri dergisi*, 2001, 2/4: 213-221.
140. Karayurt . “Ameliyat ncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi”, *C.. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 1998, 2/1: 20-26.
141. Bölükbaş N. “Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri”, *. Hemşirelik Bülteni*, 1991, 20: 81-84.
142. Asbell PA. Dualan I. Mindel J. Brocks D. Ahmad M. Epstein S. “Age-related cataract”, *The Lancet*, 2005, 365, 599–609.
143. Marsden J. “Cataract: The role of nurses in diagnosis, surgery and aftercare”, *Nursing Times*, 2004, 100(7), 36–40.
144. Abraham AG. Condon NG. Gower EW. “The New Epidemiology of Cataract” *Ophthalmol Clin N Am*, 2006. 19, 415–425.
145. Bormusov E. Reznick AZ. Dovrat A. “Potential protection by antioxidants of the action of tobacco smoke on the metabolism of cultured bovine lenses”, *Metabolomics*, 2013, 3:2.
146. Tunç M. Arbak P. Balbay . Erbaş M. Bilen A. “Sigara Kullanımına Bağlı Ağır KOAH Gelişen Olgularda Oküler Komplikasyonlar”, *Turkiye Klinikleri J Ophthalmol*, 2003, 12(4):200-3.
147. Eren . Atay MI. Öztürk . Bircan A. “Nikotin bağımlılığında anksiyete duyarlılığı”, 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel alışmaları, Kuşadası, 2004.



- 148.** Karakula S. *Koroner by-pass ameliyatı geçiren hastalarda bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerine etkisi* (Tez). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1999.
- 149.** Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. "Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması", *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi* 2007, 5 (1): 7-13.

## EKLER

### EK-1 Veri Toplama Formu

#### AMELİYAT ÖNCESİ EĞİTİM YAPILAN KATARAKT HASTALARI İLE EĞİTİM YAPILMAYAN KATARAKT HASTALARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

##### BİRİNCİ BÖLÜM

##### Katarakt Cerrahisi Yapılacak Hastalarda Göz Cerrahileri Öncesi, Hastaların Endişe Düzeylerinin Araştırılmasına Yönelik Veri Toplama Formu

Aşağıdaki Soruları Size Uygun Bir Şekilde Cevaplandırınız.

**1-Yaş:** (1) 18-25 arası (2) 26-40 arası (3) 41-55 arası (4) 55 ve üzeri

##### 2-Cinsiyeti:

a)Bayan b)Erkek

##### 3-Medeni Durumu:

a)Evli b)Bekâr

##### 4- Eğitim düzeyi

a)Okuma yazma bilmiyor b)İlkokul c)Ortaokul d)Lise e)Yüksekokul ve üzeri

##### 5-Mesleği

a)Memur b)Serbest c)İşçi d)Çalışmıyor e)Emekli

##### 6-Sosyal Güvencesi

a)Emekli Sandığı b)Bağ kur c)SSK d)Yeşil kart e) Sosyal Güvencesi Yok

##### 7-Nerede yaşadığı.

a)Köy b)Kasaba c)İlçe d)İl

##### 8-Kimlerle yaşadığı.

a)Yalnız b)Ailesi ile birlikte c)Huzurevinde D)Akrabaları ile

##### 9-Katarakt hakkında bilgisi var mı?

a)Evet b)Hayır

YANITINIZ EVET İSE

##### 10-Katarakt hakkındaki bilgiyi nereden edindiniz?

a)Kitle iletişim araçlarından b)Arkadaşlarından c)Sağlık kuruluşundan d)Doktorumdan

##### 11-Daha önce katarakt ameliyatı oldunuz mu?

a)Evet b)Hayır

##### 12-Hangi gözünüzden katarakt ameliyatı olacaksınız?

a)Göz (sağ) b)Göz(sol)

##### 13-Ailenizde katarakt ameliyatı olan var mı?

a)Evet b)Hayır

##### 14-Sağlık görevlilerinden ameliyat endişesini gidermeye yönelik psikolojik destek aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

##### 15-Ameliyatınız hakkında sağlık görevlilerinden bilgi aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

##### 16-Kronik bir hastalığınız var mı?

a)Evet b)Hayır

##### 17-Varsa hastalığınızın adı nedir?

##### 18-Sigara kullanıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

##### 19-Evet ise kaç yıldır kullanıyorsunuz?

- 0-5 yıldır
- 6-10 yıldır
- 11-15 yıldır
- 16 yıl ve üzeri

##### 20. Günde kaç adet ?

- 1-5 adet
- 6-10 adet
- 11-15 adet
- 16 ve üzeri

21-Lütfen ekte verilen STAI anksiyete skalası formunu size uygun bir şekilde cevaplandırınız.

## EK-2 STAI FORM TX – I

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

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

### EK-3 STAI FORM TX-2

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

		<b>Hemen hemen hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çok zaman</b>	<b>Hemen her zaman</b>
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

## EK -4: Etik Kurul Onayı

**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**Etik Kurul Kararı**


Toplantı Tarihi: 02.08.2017  
Toplantı Sayısı: 86  
Toplantıya Katılanlar:









Prof. Dr. Mithat Kuyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye) (Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özyıldın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiğ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 02.08.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kuyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda:

**Karar 6.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü –Hemşirelik programından **Mükkiye OKYAY**'ın "Ameliyat Öncesi Eğitim Yapılan Katarakt Ameliyatı Olacak Hastalar ile Eğitim Yapılmayan Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması" başlıklı çalışması için başvuruları talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Mithat Kuyak  
(Başkan)

 Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan (Üye)	 Prof. Dr. Dilek Öztürk (Üye)	 Prof. Dr. Ali Tayfun Atay (Üye) (Katılmadı)
 Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı (Üye)	 Yrd. Doç. Dr. Nihat Özyıldın (Üye)	 Yrd. Doç. Dr. Erdiğ Ünal (Üye)
 Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan (Üye)	 Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ (Üye)	

## **EK -5: Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Bu çalışmanın amacı, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eyüp Devlet Hastanesi Göz Kliniğinde Mayıs 2017-Ağustos 2017 tarihleri arasında yatan katarakt hastalarının, ameliyat öncesi eğitim yapılan ile eğitim yapılmayan hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılması planlanmıştır. Veriler, hastaların kişisel sosyo-demografik özellikleri elde edilmesi amacıyla hazırlanan veri toplama formu, (STAI 1: Durumluluk anksiyete ve STAI 2: Süreklilik Anksiyete) skalası kullanılarak değerlendirilecektir.

Veri toplama formunda isminiz sorulmamaktadır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmanın herhangi aşamasında da katılım onayınızdan vazgeçebilirsiniz. Araştırmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve katılımınız karşılığında size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Elde edilen veriler, araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN  
Danışman Öğretim Üyesi

Mülkiye OKYAY  
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

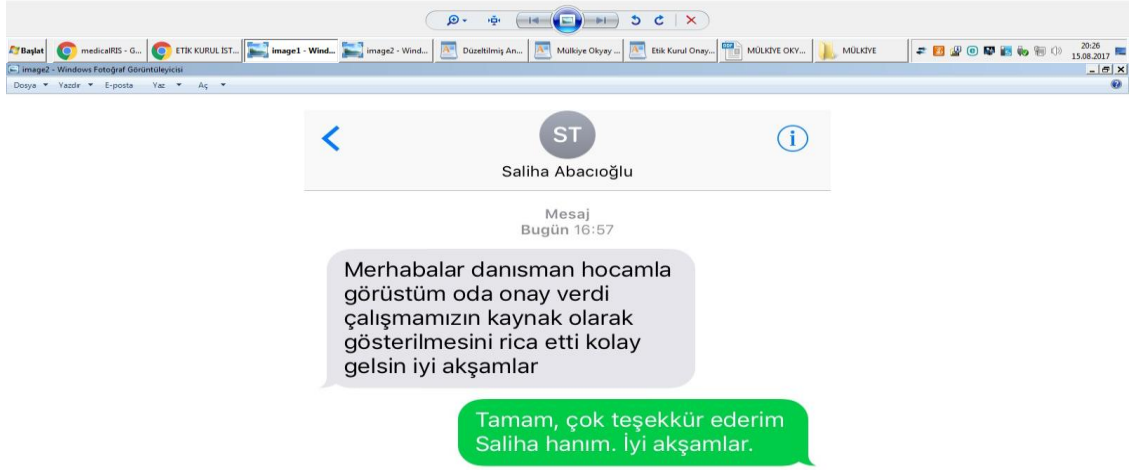
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi  
Mail: mulkiyeokyay@gmail.com  
Telefon: 05053140088

Ben .....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve  
anladım.Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, kabul  
ediyorum.

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

Bireyin Adı Soyadı:

## EK-6 Veri Toplama Formu İzin Yazısı



**Saliha Abacıoğlu**

Mail: salihaabacioglu@hotmail.com

Telefon: 05056546178

## EK-7 Kamu Hastaneleri Birliği İzin Onayı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIğI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
İstanbul İli Beyoğlu Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 27118006-799  
Konu : Araştırma İzni (Mülkiye OKYAY)

### İSTANBUL EYÜP DEVLET HASTANESİNE

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mülkiye OKYAY'ın, Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN danışmanlığında "Ameliyat Öncesi Eğitim Yapılan Katarakt Hastaları ile Eğitim Yapılmayan Katarakt Hastalarının Ansiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını Ekim 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında Kurumunuzda yapabilmesi uygun görülmüştür. Araştırmanın yapılması sırasında gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOğLU  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

**EKLER:**  
Bilimsel Araştırma İzni Başvuru Belgeleri (21 sayfa)

Fulya Mah. Mehmetçik Cad. No: 63 Şişli/İstanbul

Faks No:0 212 386 13 31

e-Posta: cemile.savci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: cemile.savci@beyogluibirligi.gov.tr

Evrenin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a161a7a9-ca87-4533-8bac-b00c35c7b265 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Cemile SAVCI

Uzman BİRİM SORUMLUSU

Telefon No:0 212 386 13 30 / 2047



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı:</b>	Mülkiye	<b>Soyadı:</b>	OKYAY
<b>Doğum Yeri:</b>	Bandırma	<b>Doğum Tarihi:</b>	02.07.1975
<b>Uyruğu:</b>	T.C.	<b>Tel:</b>	
<b>Email:</b>	mulkiyeokyay@gmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezun Yılı
<b>Doktora:</b>	-	-
<b>Yüksek Lisans:</b>	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı	-
<b>Lisans:</b>	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2011
<b>Lise:</b>	Bezmialem Valide Sultan Sağlık Meslek Lisesi	1993

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl)
Hemşire	Bezmialem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği	1993-1994
Hemşire	Florence Nightgale Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	1994
Hemşire	Eyüp Devlet Hastanesi Ameliyathane Bölümü	1994-Halen devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS / ÜDS YDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta		

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf – olarak değerlendirin

### Bilgisayar Bilgisi: İyi

### Yurtdışı Görevler

- 1- Sudan İHH (İnsani Yardım Vakfı) (Şubat 2009)
- 2- Pakistan sel felaketi (T.C Sağlık Bakanlığı UMKE) (Ağustos-Eylül 2010)
- 3- Sudan İHH (İnsani Yardım Vakfı) (Ekim 2010)
- 4- Nijer (BİSEG-Gönüllüler Derneği) 10.Trip (Ocak 2011)
- 5- Somali (T.C Sağlık Bakanlığı UMKE) (Kasım2011)

- 6- Kenya Dadaab Mülteci Kampı İHH (İnsani Yardım Vakfı) (Aralık 2011)
- 7- Mali-Burkino Faso (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Nisan 2012)
- 8- Somali (Yeryüzü Doktorları) (Mayıs 2012)
- 9- Nijer-Fas 12.Trip (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Temmuz 2012)
- 10- Bangladeş-Arakan (United Muslim) Derneği Birmingham (Eylül 2012)
- 11- Nijer-Fas 13.Trip (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Ocak 2013)
- 12- Suriye İHH (İnsani Yardım Vakfı) (Ocak 2013)
- 13- Nijer 14.Trip (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Nisan 2013)
- 14- Filipinler Tayfun Felaketi İHH (İnsani Yardım Vakfı) (16-26.Kasım.2013)
- 15- Çad (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (15-27.12.2013)
- 16- Endonezya Yetim Projesi İHH (İnsani Yardım Vakfı) (9-18 Nisan 2014)
- 17- Nijer 16 (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Şubat 2015)
- 18- Suriye İHH (İnsani Yardım Vakfı) (10 Temmuz 2015)
- 19- Nijer 18 (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Eylül 2015)
- 20- Bulgaristan sünnet (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Eylül 2015)
- 21- Komor Adaları-Kenya (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Ocak 2016)
- 22- Uganda (TADD- BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Mayıs 2016)
- 23- Nijer (BİSEG-Gönüllüler Derneği) (Aralık 2017)

#### **Yurtiçi Görevler**

1. 1999 Marmara Depremi (Gölcük, Adapazarı) (Ağustos- Ekim)
2. 1999 Düzce Depremi (Kasım)
3. 2011 Van Depremi (Ekim-Kasım)
4. Atatürk Havalimanı Patlaması (28.06.2016)

#### **Sertifikalar, Sempozyum/ Kongreler:**

- 1- Ameliyathane hemşireliği Sertifika No:106 (06.04.2009-29.05.2009)
- 2- MEB Bilgisayar Operatörlüğü ve İşletmeciliği Kursu Belge No: 10736 (25.07.2007)

- 3- 2. Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu (16.12.2009)
- 4- T.C Sağlık Bakanlığı Temel UMKE Eğitimi (17-21.Mart.2008)
- 5- Afet Yönetimi Temel Eğitimi Sertifika No: 2014/038
- 6- Certificate Of Honor Pakistan (August-September 2010)
- 7- Meme Kanseri Sempozyumu (13-14.Aralık.2016)
- 8- İstanbul UMKE Yaz Eğitim ve Tatbikat Kampı (15-18. Haziran.2011)
- 9- 4.UMKE Eğitim ve Tatbikat Kampı (14-18.Ağustos.2008)
- 10- İstanbul Valiliği AFAD Temel Arama Kurtarma Eğitimi Katılım Belgesi (01.07.2013-05.07.2013)
- 11- Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Sempozyumu Belge No: 6.1.01 (24-26.Mayıs.2011)
- 12- Marmara UMKE Bölge Kampı (17-21. Haziran.2009)
- 13- Temel Sağlık Arapçası Terminolojisi Belge No: 023 (04.03.2013-08.03.2013)
- 14- Avrupa Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Günü Bilimsel Toplantısı (15.02.2013)
- 15- Meme Kanseri Tanı, Tedavi ve Hemşirelik Bakımı Sempozyumu (05.04.2016)
- 16- 27/B Diagnostik Kan şekeri ölçüm sistemleri Sertifikası (06.11.2008)
- 17- TS 18001 İş sağlığı ve güvenliği(OHSAS) Risk değerlendirme ve derecelendirme eğitimi Belge No:07-02-10/5 (25.03.2010-26.03.2010)
- 18- TS 18001 iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi temel eğitimi (Belge No: 06-02-10/55) (23.03.2010-24.03.2010)
- 19- Certificate Of Studies İngiltere( Bristol) dil eğitim Kursu England (Belge No: BS1 4JZ) (03.12.2012-21.12.2012)
- 20- Bezmialem Üniversitesi Uluslararası Afet-14 Kongresi (Belge No: 34-2014/02/100) (31.10.2014-02.11.2014)

- 21-** Bezmialem Üniversitesi Uluslararası Afet-14 Kongresi ( afetlerde travma yönetimi ve afet cerrahisi amputasyon) sertifikası (Belge No: 34-2014/04/009) (31.10.2014-02.11.2014)
- 22-** Bezmialem Üniversitesi Uluslararası Afet-14 Kongresi (kitlese yaralanmalarda olay yeri ve vaka yönetimi) sertifikası (Belge No:34-2014/06/024) (31.10.2014-02.11.2014)
- 23-** Bezmialem Üniversitesi Uluslararası Afet-14 Kongresi (havayolu yönetimi ve hızlı seri entubasyon) sertifikası (Belge No: 34-2014/07/015) (31.10.2014-02.11.2014)
- 24-** İstanbul Valiliği AFAD ( KBRN farkındalık eğitimi) (24.06.3013-25.06.2013)
- 25-** Bezmialem Üniversitesi Uluslararası Afet-14 Kongresi (intraosseöz ITClamp Uygulamaları) sertifikası (Belge No: 34-2014/10/013) (31.10.2014-02.11.2014)
- 26-** Bezmialem Üniversitesi Uluslararası Afet-14 Kongresi ( Crush sendromu ve fasyotomi Kursu) (Belge No: 34-2014/05/012) (31.10.2014-02.11.2014)
- 27-** Bezmialem Üniversitesi Uluslararası Afet-14 Kongresi ( Afetlerde haberleşme sertifikası) (Belge No: 34-2014/11/016) (31.10.2014-02.11.2014)
- 28-** Bezmialem Üniversitesi Uluslararası Afet-14 Kongresi ( zor şartlarda CPR uygulamaları) sertifikası(Belge No: 34-2014/08/019) (31.10.2014-02.11.2014)
- 29-** Bezmialem Üniversitesi Uluslararası Afet-14 Kongresi (Hızlı EKG Değerlendirme) sertifikası (Belge No: 34-2014/09/016) (31.10.2014-02.11.2014)
- 30-** T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Beyoğlu Bölgesi Genel Sekreteriği 'Herkesin Anlatacak Bir Hikayesi Vardır Yarışması' katılım Belgesi (20-24.12.2014)
- 31-** Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Sempozyumu Katılım Belgesi (27.05.2014)

- 32- İstanbul Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü UMKE Eğitim Tatbikatı Katılım Belgesi (15-17.Ekim.2014)
- 33- İstanbul Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü Planlı UMKE Kış eğitim Tatbikatı Katılım Belgesi (10-13. Mart.2015)
- 34- Alliance of International Doctors Afet ve Acil Durum Semineri (4.Ocak.2015)
- 35- T.C Sağlık Bakanlığı KBRN Eğitimi (16.09.2014)
- 36- Republique du Niger Loyaux Services a la region Temoignage Afficiel de satisfaction (12.Semtember.2015)
- 37- Fondation Baladi Pour le Developpement au Tcad NDJAMENA-TCAD (15-27.12.2013)
- 38- ODTÜ Doğal Afet Risk Yönetimi Sertikası (Belge No:ODT.A.S140016.512) (21.10.2013-20.06.2014)
- 39- UNION DES COMORES Attestation de Merite (16.28. janviers 2016)
- 40- Sağlık Bakanlığı Katılım Belgesi ‘Hastane Afet ve Acil Durum Planlaması (HAP) Eğitici Eğitimi’ 2017
- 41- Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sertifika “Hastane Afet ve Acil Durum Planlaması (HAP) Eğitici Eğitimi (Sertifika No:253) (Tescil Tarihi:28.03.2017 Tescil No:102424)
42. Congress on Health in Africa (20-21.July.2017)
43. Kıyı Emniyet Müdürlüğü “Nene Hatun Uluslararası Arama ve Kurtarma Gemisi Acil Durumlar ve Aşinalık Eğitimi” (27.07.2017)

#### **Başarı Belgeleri ve Ödüller:**

- 1- İstanbul 2010 T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Kategoride 3.lük Ödülü
- 2- Antalya /2011 T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Yılın Hemşiresi 1.lik Ödülü
- 3- T.C İstanbul Valiliği Takdirname (08/02/2011 / 924)

- 4- T.C. Sağlık Bakanlığı Takdirname (Belge No: 289421) (02.12.2010)
- 5- T.C İstanbul Valiliği Takdirname (04/03/2009 / 383)
- 6- T.C İstanbul Valiliği İstanbul Sağlık Müdürlüğü Teşekkür Belgesi (04/03/2009 -384)
- 7- T.C Eyüp Kaymakamlığı Takdir Belgesi (Belge No: 110) (10.11.2010)
- 8- T.C İstanbul Valiliği İstanbul Sağlık Müdürlüğü Teşekkür Belgesi (07.10.2010/4405)
- 9- T.C Sağlık Bakanlığı Başarı Belgesi (Belge No:102342) (10.05.2011)
- 10- Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Başarı Belgesi (10.09.2011)
- 11- Yeryüzü Doktorları 2011 (Afrika Çalışmaları gönüllü çalışmalar için Plaket)
- 12- İHH İnsani Yardım Vakfı 2009 (Katarakt Kampanyası Gönüllü Çalışmalar için Plaket)
- 13- Sefire-i Alem Uluslararası Öğrenci Derneği Gönüllü İlk Yardım Bilinçlendirme Eğitimi 2015( Plaket)
- 14- Sağlık Bakanlığı Eyüp Devlet Hastanesi Başhekimliği Gönüllü Çalışmalar için 12. Mayıs.2016 Hemşireler Günü Plaket
- 15- 100.000 Katarakt Projesi İnsani Yardım Vakfı (İHH) Gönüllü Çalışmalar Başarı Ödülü Plaket 25.Kasım.2017